

**CUMHURİYETTEN BUGÜNE VE  
GELECEĞE SAĞLIK**



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ



# **12. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ**

**21-25 EKİM 2008**

**ANKARA**

## D Ü Z E N L E M E K U R U L U

### **Kongre Başkanı**

Prof. Dr. Recep AKDUR

### **Kongre Eş Başkanı**

Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE

### **Düzenleme Kurulu**

AKGÜN Deniz (Uzm. Dr.)

AKGÜN Seval (Prof. Dr.)

AYOĞLU Ferruh N. (Yrd. Doç. Dr.)

ÇALIŞKAN Deniz (Yrd. Doç. Dr.)

ÇÖL Meltem (Prof. Dr.)

ESKİOCAK Muzaffer (Doç. Dr.)

İDİL Aysun (Prof. Dr.)

İNANDI Tacettin (Doç. Dr.)

KAYA Mine (Uzm. Dr.)

ÖZCAN Cihangir (Yrd. Doç. Dr.)

ÖZVARIŞ Şevkat Bahar (Prof. Dr.)

ÖZYURDA Ferda (Prof. Dr.)

SALTIK Ahmet (Prof. Dr.)

YARDIM Mahmut (Öğr. Gör. Dr.)

YILDIZ Ayşe (Öğr. Gör. Dr.)

### **Bilimsel Sekreteryaya**

Yrd. Doç. Dr. M. Esin OCAKTAN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa N. İLHAN

Öğr. Gör. Dr. Elif DURUKAN

Uzm. Dr. Zeynep ERDEN



## Ö N S Ö Z

Cumhuriyet dönemindeki tıp kongrelerinin ilki "I. Milli Türk Tıp Kongresi" adı ile 2 Eylül 1925'de Ankara'da toplanmıştır. Atatürk, açılıştan öğlene dek kongreyi izlemiş, öğleden sonra kabine toplantısına katılmak üzere salondan ayrılmıştır. İkinci günü, yani 3 Eylül 1925 tarihinde öğleden önce Çankaya'da "Birinci Milli Türk Tıp Kongresi" adına kendisini ziyaret eden kongre heyetini kabul etmiştir. Öğleden sonra ise Meclis'te Kongre'ye katılan tüm doktorlarla ayrı ayrı tanışarak onları kabul etmiştir.

Ne mutlu bu kongreyi düzenleyenlere ne mutlu bu kongreye katılanlara! Bu kongreye katılanların kafası karışık değil, herkesin ülküsü, Atatürk'ün deyişiyile: "ulusun sağlığını korumak ve geliştirmek, ölümleri azaltmak, nüfusu arttırmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkları etkisiz hale getirmek, böylece ulus bireylerinin dinç ve çalışmaya yetenekli bir halde sağlıklı kişiler olarak yetiştirmektir". Bu ülküyü onların adına ve her fırsatta Cumhurbaşkanları illendirmiş, Bu ülkülerini gerçekleştirmekte Atatürk onların yanında ve desteğindedir.

Başta ulusal önderleri ve onun kılavuzluğındaki hükümetleri "kendine, inkılâbın ve inkılapçılığın çeşitli ve hayati vazifeler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman, üzerinde dikkatle durulacak milli meselemizdir" diyorlardı. Bu ülküye katkı ve katılım için, Türk hekimlerine yalnızca biraz çaba sarf etmek kalyordu.

1976'da Antalya'da toplanan XXIV. Milli Türk Tıp Kongresi'nin bilgilerine ulaşabildim. Milli Türk Tıp Kongrelerinin en sonucusu bu mudur bilmiyorum. Ama artık günümüzde bu kongrelerin yapılmadığını kesin olarak biliyorum. Ben Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri'nin, Milli Türk Tıp Kongrelerine benzediğini düşünüyorum. Her ikisinde de konular ulusal ölçekte ele alınıyor. Her ikisinde de ulusal politikalar tartışılıyor...

Bu sene on ikincisi toplanan, Ulusal Halk Sağlığı kongrelerinin hepsinde de, tüm katılımcılar/tüm halk sağlıklılar "I. Milli Türk Tıp Kongresi"ne katılan hekimlerin duyduğu heyecanı duydular. Ama onların gördüğü desteği hiç bir zaman görmediler...

Bugüne dek halk sağlığı kongrelerinde seçilen / işlenen ana konuların hepsi de önemli idi. Bu sene toplanan 12. kongreye seçilen konu: "Cumhuriyetten Bugüne ve Geleceğe Sağlık" daha da bir önemli ve anlamlı. Çünkü Cumhuriyetten bugüne dek sağlık uygulamaları irdelenecek, gelecek için öngörülerde bulunulacak.

Sağlık tarihi ayrıntılı bir biçimde incelendiğinde, o görülüyor ve anlaşılıyor ki: Türkiye'deki uygulamalar bilimsel ve toplumsal tüm boyutları ile çok zengin bir laboratuvar niteliğinde. Uygulamaların sonuçlarından ders/sonuç çıkarılabilirler için gerçekten zengin bir hazine. Ne yazık ki, bu hazineden yararlananların sayısı çok sınırlı.

Bu kongrenin bu bağlamda çok verimli ve yararlı olacağına kuşku yok. Ancak sağlık sektörünün yapılandırılmasında karar vericileri etkileyip etkilemeyeceği kuşku, Bundan daha da kötüsü, günümüzdeki uygulamalardan hareketle elde edilen gelecek hakkındaki öngörüler iç karartıcı.

Bu kongrenin başarısının, bu iç karartıcı geleceği önlemeye katkı getirmesi dileği ile, kongremize katkısı olan ve katılan herkese teşekkür eder saygılar sunarım.

**Prof. Dr. Recep AKDUR**

12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi  
Düzenleme Kurulu Başkanı

## B İ L İ M S E L K U R U L

Prof. Dr. Yasemin AÇIK	Prof. Dr. Hande HARMANCI	Doç. Dr. Yücel DEMİRAL
Prof. Dr. Gülseren AGRIDAĞ	Prof. Dr. Metin HASDE	Doç. Dr. Levent DÖNMEZ
Prof. Dr. Muhsin AKBABA	Prof. Dr. Osman HAYRAN	Doç. Dr. Pınar Erbay DÜNDAR
Prof. Dr. Ayşe AKIN	Prof. Dr. Ersen İLÇİN	Doç. Dr. Mücahit EĞRİ
Prof. Dr. Levent AKIN	Prof. Dr. Cemalettin KALYONCU	Doç. Dr. Galip EKUKLU
Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU	Prof. Dr. Ali Osman KARABABA	Doç. Dr. Tuğrul ERBAYDAR
Prof. Dr. Feride AKSU	Prof. Dr. Selma KARABEY	Doç. Dr. M. Sarper ERDOĞAN
Prof. Dr. Mehmet AKTEKİN	Prof. Dr. Melda KARAÇAVUŞ	Doç. Dr. Ethem ERGİNÖZ
Prof. Dr. Sefer AYZAN	Prof. Dr. Ayşe KAYMAZ	Doç. Dr. Alp ERGÖR
Prof. Dr. Remzi AYGÜN	Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU	Doç. Dr. Nilay ETİLER
Prof. Dr. Mualla AYKUT	Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU	Doç. Dr. Didem EVÇİ
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ	Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU	Doç. Dr. Mahir GÜLEÇ
Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN	Prof. Dr. Selma METİNTAŞ	Doç. Dr. Türkan GÜNAY
Prof. Dr. Necla AYTEKİN	Prof. Dr. Cemil ÖZCAN	Doç. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN
Prof. Dr. Zuhâl BALTAŞ	Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR	Doç. Dr. Burhanettin İŞIKLI
Prof. Dr. Erdal BEŞER	Prof. Dr. Servet ÖZGÜR	Doç. Dr. Tacettin İNANDI
Prof. Dr. Nazmi BİLİR	Prof. Dr. Zafer ÖZTEK	Doç. Dr. Nurhan İNCE
Prof. Dr. Sait BODUR	Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK	Doç. Dr. Emel İRGİL
Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI	Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM	Doç. Dr. Halim İŞSEVER
Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT	Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN	Doç. Dr. Sibel KALAÇA
Prof. Dr. Ayşen BULUT	Prof. Dr. Hikmet PEKCAN	Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU
Prof. Dr. M. Ali BUMİN	Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN	Doç. Dr. Bülent KILIÇ
Prof. Dr. Osman CEYHAN	Prof. Dr. H. Hilmi SABUNCU	Doç. Dr. Selim KILIÇ
Prof. Dr. Şanda ÇALI	Prof. Dr. Haldun SÜMER	Doç. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU
Prof. Dr. Gamze ÇAN	Prof. Dr. Sabahat TEZCAN	Doç. Dr. Mehmet Ali KURÇER
Prof. Dr. Feyziye ÇETİNKAYA	Prof. Dr. Perran TOKSÖZ	Doç. Dr. Işıl MARAL
Prof. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU	Prof. Dr. Reyhan UÇKU	Doç. Dr. Recai OKUR
Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU	Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL	Doç. Dr. Pınar OKYAY
Prof. Dr. Rian DİŞÇİ	Prof. Dr. Faruk YORULMAZ	Doç. Dr. Emel ÖNAL
Prof. Dr. Bahar DOĞAN	Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL	Doç. Dr. Seçil ÖZKAN
Prof. Dr. Fethi DOĞAN	Doç. Dr. Cengizhan AÇIKEL	Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN
Prof. Dr. Cihad DÜNDAR	Doç. Dr. Hakan ALTINTAŞ	Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK
Prof. Dr. Nuran ELMACI	Doç. Dr. Dilek ASLAN	Doç. Dr. Kayıhan PALA
Prof. Dr. Gül ERGÖR	Doç. Dr. Pınar AY	Doç. Dr. Günay SAKA
Prof. Dr. Melikşah ERTEM	Doç. Dr. Bilal BAKIR	Doç. Dr. Tayyar ŞAŞMAZ
Prof. Dr. Rengin ERDAL	Doç. Dr. Nadi BAKIRCI	Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK
Prof. Dr. Erhan ESER	Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI	Doç. Dr. Ferdi TANIR
Prof. Dr. Metin GENÇ	Doç. Dr. Sevgi CANBAZ	Doç. Dr. Ömer Faruk TEKBAŞ
Prof. Dr. Çağatay GÜLER	Doç. Dr. Dilşad CEBECİ	Doç. Dr. Murat TOPBAŞ
Prof. Dr. Osman GÜNAY	Doç. Dr. Ali Ceylan	Doç. Dr. Ersin USKUN
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ	Doç. Dr. Süleyman CEYLAN	Doç. Dr. Belgin ÜNAL
Prof. Dr. Günay GÜNGÖR	Doç. Dr. Banu ÇAKIR	Doç. Dr. Songül A. VAİZOĞLU
Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN	Doç. Dr. Z. Aytül ÇAKMAK	Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ
Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU	Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU	Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN
Prof. Dr. Bilge HAPÇIOĞLU	Doç. Dr. Şennur DABAK	Doç. Dr. Mehmet ZENCİR



## S U N U Ş

### Sayın Kongre Katılımcıları,

Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin koordinatörlüğünde düzenlenen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının ortaklaşa düzenlemiş oldukları 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongremize hoş geldiniz.

Halk Sağlığı Kongrelerimizde her sene belirlenen bir temanın işlenmesi konusunda özen gösterilmeye çalışılmaktadır. Bu kongremizin teması "Cumhuriyetten Bugüne ve Geleceğe Sağlık" olarak belirlenmiştir.

Türkiye, Kurtuluş Savaşı ile yabancı işgalini sonlandırılarak bağımsız bir Türkiye Cumhuriyeti devletini kurmuştur. Türkiye Cumhuriyeti'nin yönetimi olarak demokrasi benimsenmiş, Atatürk İlkeleri doğrultusunda sağlık sisteminin yeniden organizasyonu yapılmıştır. Halkın sağlığı öncelenen konulardan birisi olup, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışından 10 gün sonra dünyanın ilk sağlık bakanlıklarından birisi olarak 4 numaralı kanunla Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Halkın gereksinimlerine yönelik olarak sağlık hizmetleri planlarak hizmet sunumu başlatılmıştır. Sağlık yönetiminde süreklilik sağlanmaya çalışılarak, sağlık sisteminin temelini sağlamak konusunda özen gösterilmiştir. Hükümet tabanlı olarak yaklaşımı benimsenerek; sağlık hizmetlerinin organizasyonunda koruyucu hekimlik, iyileştirici hekimlik, adli hekimlik ve sağlık yöneticiliği hükümet tabanlı olarak görev alanları olarak benimsenmiştir.

Türkiye'nin gündeminin değişmesi, sağlık yöneticilerinin farklı bakış açıları koruyucu hekimlik yaklaşımının arka planda kalmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimlik ve topluma dayalı sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yaklaşımın benimsendiği sağlık hizmet modeli olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yaklaşımı 12 Ocak 1961 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Türkiye'de Halk Sağlığı bilim alanının önderi Prof. Dr. Nusret Fişek'in adıyla özdeşleşen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi modelinde: herkese-her yerde ve her zaman sağlık hizmeti ilkesi, koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetlerin aynı birim tarafından (sağlık ocağı) verilmesi (dar bölgede çok yönlü hizmet ilkesi), koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunlarına öncelik verilmesi ilkesi, başvurmayanlara da hizmet (gezici hizmet) ilkesi, Kademeli hizmet (sevk zinciri) ilkesi, halkın sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması kararlarına katılım ilkesi, nüfusa ve tanımlanmış coğrafi bölgeye göre hizmet ilkesi, ekip hizmeti (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru) ilkesi, planlı hizmet ilkesi, değerlendirilen hizmet (her sağlık birimi sürekli kayıt tutar ve değerlendirir) ilkesi ve esnek model ilkesi (hizmet kapsamındaki nüfusun özelliklerine göre ayarlanmış hizmet sunumu) benimsenmiştir. Hizmet modelinde alt yapı temini önemsenmiş, örgütlenmenin planlanması için planlama ve değerlendirme üst kurulları kurulmuştur. Hizmetin sunumu sırasında toplum katılımı ve sektörlerarası işbirliği ilkeleri benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme hizmet modeli, 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi olarak yayınlanan "Temel Sağlık Hizmetleri" yaklaşımını çok daha önceden öngörmektedir. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri içindeki hizmet modeli önerisine de son derece uygundur.

Devletlerin, toplumda her bireyin insan hakları şemsiyesi altında yer alan haklardan sağlık hakkına ulaşması için sağlık hizmet modellerini benimsemesi ve uygulaması gerekmektedir. Bu hizmet modeli, sosyal devlet anlayışının bir gereğidir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hizmet modelinin sunumu sırasında ortaya çıkan sorunlar da söz konusu olmuştur. Bu hizmet modelinin temel ilkelerine bağlı kalmak koşuluyla aksayan yanların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılabilecek iken, ülke yöneticileri tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında sağlık hizmetleri alanında köklü değişiklikler yapılmaktadır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUĞER), bu konudaki gelişmeler konusundaki görüşlerini içeren "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş

ve Öneriler Raporu"nu 10 Temmuz 2007 tarihinde yayınlamıştır. Bu raporun sonuç bölümünde HASUDER şunları vurgulamıştır:

Son yıllarda dünyadaki küresel dönüşüm ile paralel olarak pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin insanın doğuştan kazanılan bir hakkı olduğu göz ardı edilerek, bu hizmetin bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılması süreci yaşanmaktadır. Ne yazık ki bu durum ülkemiz için de geçerlidir. Türkiye'deki sağlık örgütlenme ve finansmanında köklü değişikliklere gidilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ilk bakışta halkımıza, sağlık hizmetlerine neredeyse sınırsız ulaşım olanağı verdiği izlenimi uyandırarak hiçbir finansal kaynak hesabı yapılmadan yürütülmeye başlanmıştır. Sosyal güvenlik kurumlarının sınırsız kaynak aktarımı sağlık yönetimi modelleri içinde kabul edilemeyecek bir uygulamadır. Ülkemizin sınırlı kaynakları bittiğinde ne yazık ki geri dönülemez bir noktada olma olasılığı vardır. HASUDER, ülkemizdeki finansal kaynakların etkili ve verimli kullanımı ile halkımıza sürekli, kaliteli ve verimli bir sağlık hizmeti sunumundan yanadır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı halkımızın sağlığını tehdit eder niteliktedir ve derneğimiz bu programı desteklememektedir.

Diğer tarafta, Sağlıkta Dönüşüm Programının diğer bir eş zamanlı uygulaması olarak "Aile Hekimliği Örgütlenme Modeli" pilot uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Gelişmiş ülkelerden sistemler alınırken toplumumuzun sosyo-kültürel ve ekonomik durumuna uygunluğu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme yapılmadan alınan bu uygulama ne yazık ki salt tedavi yönelimli olup koruyucu hizmetler yalnızca bunu talep edene sunulması planlanan hizmetlerdir. Oysa ki, herkesin bildiği gibi, koruyucu hizmetlere en çok gereksinimi olan dezavantajlı grupların başında sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kişiler yer almaktadır. Ülkemizde bu yoksul ve eğitimsiz kitlenin yetersiz olan hizmet talebinin bile yeterince karşılanamadığı herkesin malumudur. Halen sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlükleri olan bu toplum kesimlerinin tedavi ağırlıklı bir sağlık hizmetine ulaşabilmeleri daha da güçleşecektir. Bilindiği gibi "PİLOT" sözcüğü, bir DENEME-SINAMA anlamına gelir ve sınırlı bir bölgede, yeterli bir süre uygulandıktan sonra değerlendirme yapılır ve bu değerlendirme sonuçlarına göre yeni önerilen sistem ya tümtüyle, ya kısmen kabul edilir ya da reddedilir ve tekrar eski uygulamaya dönülür. Ancak Türkiye'de bu bilimsel gereklilikler yerine getirilmemektedir. Pilot uygulama, uygulandığı illerde geri dönüşümsüz olarak halen geçerli olan "224 Sayılı Yasa" ilkelerini çiğnemekte, pilot uygulamanın olası başarısızlığı halinde geri dönüşebilirliği mümkün kılmamaktadır. Öte yandan pilot uygulama "sonuçları değerlendirilmeden", tespit edilen mevcut aksaklıklarına bile çözüm bulunmadan yeni illerde pilot uygulamaya geçilerek yeni sistem fiilen tüm ülkeye yaygınlaştırılmaktadır. Yaygınlaştırma, yeni bir yasal yapı oluşturulmadan, yürürlükte olan mevcut yasa göz ardı edilerek yapılmaktadır. Bu durum bilimsel gerçeklerle uyumsuz, hukuk dışı bir uygulama görünümündedir.

Türkiye'deki Halk Sağlığı Uzmanlarının %75'inden fazlasının üye olduğu HASUDER, sağlık hizmetlerinin, halkımızın bütün bireyleri için eşitlik ve hakkaniyet ölçüsünde ulaşılabilir olmasının önündeki tüm engellerin kaldırılmasından yanadır. HASUDER, Türkiye'deki Sağlık hizmetlerinin halkımıza en iyi şekilde sunulması için başta Sağlık Bakanlığımız ve Türk Tabipleri Birliği olmak üzere konu ile ilgili tüm taraflarla işbirliğine hazırdır. HASUDER, "Aile Hekimliği Modeli Pilot Uygulamasının geri dönüştürülmesi olanaksız sonuçları ortaya çıkmadan ivedilikle durdurulmasını önermektedir.

Bu kongrede ülkemizdeki sağlığı koruyucu ve geliştirici yaklaşımlar ile önlenilecek pek çok sağlık sorununun bugünkü boyutu ve uygulamalar dile getirilecektir. Kongrede sunulan bildirimimizin ülkemizin sağlık politikasına ve hizmet sunumuna katkıda bulunmasını ümit etmekteyiz...

Saygılarımla.

**Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE**  
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği  
Yönetim Kurulu Başkanı



## İ Ç İ N D E K İ L E R

ÖNSÖZ .....	3
SUNUŞ .....	5
İÇİNDEKİLER .....	7
BİLİMSEL PROGRAM .....	37
KONUŞMACI METİNLERİ .....	43
CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE SAĞLIK Prof. Dr. Recep AKDUR .....	45
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM Prof. Dr. Sefer AYCAN .....	72
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SAĞLIK ÇALIŞANLARINA NE GETİRİYOR? Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK .....	76
TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ NEREYE GİDİYOR? Kayhan PALA .....	91
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ HARCAMALARI Dr. Ali Rıza ÜÇER .....	93
NE YAPMALI? Prof. Dr. Ahmet SALTIK .....	101
SOSYO-EKONOMİK, BÖLGESEL VE COĞRAFİ EŞİTSİZLİKLER (ÖZELLEŞTİRME VE SAĞLIK POLİTİKALARI) Prof. Dr. Alpaslan IŞIKLI .....	109
AVRUPA BİRLİĞİ VE SAĞLIK-GENEL BAKIŞ Prof. Dr. H. Seval AĞGÜN .....	113
AVRUPA BİRLİĞİ ve SAĞLIK: Enstitüler, Programlar, Projeler Doç. Dr. Nilay BAŞARAN .....	120
GÜNÜMÜZDE KOAH EPİDEMİYOLOJİSİ: Giderek büyüyen, fakat ihmal edilen bir küresel salgın Ali KOCABAŞ .....	122
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI VE KOMORBİDİTELER Doç. Dr. Esen KIYAN .....	133
KOAH TEDAVİSİ Prof. Dr. Nurhayat YILDIRIM .....	138

TÜRKİYE'DE SU KAYNAKLARI VE KULLANIMA SUNUMU Prof. Dr. Muhsin AKBABA .....	142
DÜNYADA KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR ve KONTROLÜ Prof. Dr. Meltem ÇÖL .....	148
TÜRKİYE'DE KALP HASTALIKLARI Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA .....	153
KALP SAĞLIĞI PROGRAMLARININ ETKİNLİĞİNİ İZLEMEDE KULLANILAN ÖLÇÜTLER Doç. Dr. Sibel KALAÇA .....	158
KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ İLE MÜCADELEDE HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI VE SAĞLIK BAKANLIĞI ÇALIŞMALARI Dr. Nazan YARDIM, Halk Sağlığı Uzmanı .....	168
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, AKREDİTASYON ve HASTA GÜVENLİĞİ Prof. Dr. H. Seval AKGÜN .....	177
HALK SAĞLIĞI ASİSTAN OTURUMLARININ DÜNÜ, BUGÜNÜ VE GELECEĞİ Araş. Gör. Dr. Emine BARAN .....	186
HALK SAĞLIĞI ve SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ Erhan ESER .....	188
TÜBERKÜLOZ Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU .....	192
DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YETİ YİTİMİ Prof. Dr. Selma METİNTAŞ .....	194
ICF BAĞLAMINDA TANIMLAR VE ÖZÜRLÜ DEĞERLENDİRİLMESİ Uzman Dr., Uzman Odyolog Berrin ERTÜRK .....	202
GIDA KATKI MADDELERİ Doç. Dr. Recai OĞUR .....	206
GIDA GÜVENLİĞİNDE KRİTİK KONTROL NOKTALARINDA TEHLİKE ANALİZİ Doç. Dr. Mahir GÜLEÇ .....	217
GÜNCEL SU VE BESİN KAYNAKLI ENFEKSİYONLARDAN KORUNMA Yrd. Doç. Dr. H. Cem GÜL .....	222
BEDENSEL VE ZİHİNSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ: Birlikte yaşama, Topluma katılım ve Hizmet Kullanımına katılım (DISQOL) Projesi Prof. Dr. Erhan ESER .....	229
SİGARAYI BIRAKMA ÜNİTESİ ÇALIŞMALARINDA HALK SAĞLIĞI (Fırat Üniversitesi Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniği Deneyimi) Prof. Dr. Yasemin AÇIK .....	231



CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TEMEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI GÖSTERGELERİNDEKİ DEĞİŞİMLER Prof. Dr. Ayşe AKIN .....	236
TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇ: BOYUTU, NEDENLERİ VE SAĞLIK Prof. Dr. Sabahat TEZCAN - Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL .....	246
OKUL SAĞLIĞI Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA .....	251
TÜRKİYE'DE İŞ-İŞÇİ SAĞLIĞININ DURUMU Prof. Dr. A. Gürhan FİŞEK .....	253
ÇALIŞMA YÖNETİMİNDE ARAŞTIRMA VE EĞİTİM Dr. Y. Bülent PİYAL .....	258
ADIYAMAN 2 NO'LU TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDE 2007 YILINDA CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI İZLEMLERİ Dr. Binali ÇATAK .....	271
DÜZCE'DEKİ ÖLÜ DOĞUMLARIN VE BEBEK ÖLÜMLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ Uzm. Dr. Nasır NESANIR .....	285
DÜNYA'DAKİ GELİŞMELER IŞIĞINDA "TEK TIP TEK SAĞLIK" KONSEPTİ Arzu TEMİZYÜREK .....	299
TÜTÜN KONTROLÜNDE GELİNEBİLİR YER Prof. Dr. Nazmi BİLİR .....	302
<b>SÖZLÜ BİLDİRİLER</b> .....	<b>307</b>
HALKLARIN SAĞLIK HAREKETİ VE HALKLARIN SAĞLIK BİLDİRGESİ İlker KAYI, Yeşim YASİN, Fatih ARTVİNLİ .....	309
15.09.2005-14.05.2007 TARİHLERİ ARASINDA AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇEN 11 İLİN 2000-2007 YILLARI RASINDAKİ SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ N. NESANIR, N. ERKMAN .....	310
ADOLESANLARIN "ADETE" BAKIŞI E. ALTUNDAŞ, E. DEMET, B. ERGİN, E. GÜNYÜZ, S. MALİM, A. N. ÖZAYDIN .....	311
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA TOPLUMA DAYALI HİZMETLERİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Aslıhan ÇATIKER, İlkur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	312
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA TOPLUMUN SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA / HİZMETLERDEN YARARLANMA DAVRANIŞLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aslıhan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlkur ÖZKAN, S. ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	313

AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANDIKLARI YERLERİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Muzaffer ESKİOCAK, Seval ALKOY, Hasan DEDELER, Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Ufuk BERBEROĞLU, Faruk YORULMAZ .....	314
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMA DURUMLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aslıhan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	315
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMA DURUMLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Muzaffer ESKİOCAK, Hasan DEDELER, Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Ufuk BERBEROĞLU, Faruk YORULMAZ .....	316
AYDIN İLİNDE BEBEK ÖLÜMLERİNE YÖNELİK BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI VE SÖZEL OTOPSİ YÖNTEMİYLE ÖLÜM NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ G. ATASOYLU, P. OKYAY, E. BEŞER, M. TÜRKMEN, S. A. AYDOĞDU, A. YENİGÜN .....	317
BALÇOVA'DA YAŞAYAN SAĞLIKLI BİREYLERDE 10 YILLIK KORONER KALP HASTALIĞI GELİŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ B. ÜNAL, K. SÖZMEN, R. UÇKU, H. BAYDUR, Ö. ASLAN, G. ERGÖR, A. SOYSAL, H. GİRAY, R. MESERİ, G. SAATLI, R. BUDAK, S. DOĞANAY .....	318
BALÇOVA'NIN KALBİ (BAK) PROJESİ KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN YAŞAM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ B. ÜNAL, G. SAATLI, G. ERGÖR, R. UÇKU, R. MESERİ, A. SOYSAL, B. KILIÇ, Y. AKVARDAR, H. BAYDUR, H. GİRAY, K. SÖZMEN, R. BUDAK, S. DOĞANAY .....	319
BALÇOVA'NIN KALBİ (BAK) PROJESİ OLUŞUMU VE DURUM SAPTAMA HAZIRLIK SÜRECİ A. SOYSAL, H. GİRAY, G. ERGÖR, R. UÇKU, B. ÜNAL, T. GÜNAY, A. ERGÖR, B. KILIÇ, Y. DEMİRAL, R. MESERİ, G. SAATLI, H. BAYDUR, K. SÖZMEN, R. BUDAK, Ö. ASLAN, D. ÇIMRIN, Y. AKVARDAR, N. KARAKUŞ, H. ARIK, P. TUNCEL .....	320
BETA TALASEMİ MAJOR HASTALARI ve TAŞIYICI EBEVEYNLERİNDE DERMATOGLİFİK İNCELEME A. Ç. DOĞRAMACI, N. SAVAŞ, M. A. BAĞRIAÇIK .....	321
BİR KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA DOĞUM YÖNTEMİ TERCİHLERİNİN İNCELENMESİ Ercan GÖÇGELDİ, Muharrem UÇAR, Mahir GÜLEÇ .....	322
BİR LOJMAN BÖLGESİNDE YAŞAYAN AİLELERİN DAMACANA SU KULLANMA ALIŞKANLIKLARI VE KULLANILAN SULARIN MİKROBİYOLOJİK VE KİMYASAL ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (TOPLUMUN DAMACANA SU KULLANMA ALIŞKANLIKLARI VE DAMACANA SULARININ ANALİZLERİ) Ö. Faruk TEKBAŞ, Recai OĞUR, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Aysun DAL, Ayşegül ÇİFTÇİ, Manolya YALÇINKAYA, Gözde KAYKIN, Fatma KOCABAŞ, G. Mahun ÇELİK .....	323
BİRİNCİ BASAMAKTA HİPERTANSİYON HASTALARINA YÖNELİK EĞİTİM VE EVDE İZLEMİN İLACA UYUM VE HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE ETKİSİ Rabia HACİHASANOĞLU, Sebahat GÖZÜM .....	324



DIYARBAKIR'DA 2007-2008 GRİP MEVSİMİNDE YAPILAN İNFLÜENZA SÜRVEYANSI E. ASLAN, V. DORMAN, D. YALIM, H. KAYA ÖNER, A. CEYLAN .....	325
EDİRNE VEREM SAVAŞ DİSPANSERİ'NİN 2003-2007 YILLARINDAKİ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ U. BERBEROĞLU, M. ESKİOCAK, F. SOYLU, H. GÜL .....	326
EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ BİRİNCİ YILINDA İSHAL SIKLIĞI VE İSHALLİ HASTALIKLARIN DENETİMİ PROGRAMI HİZMETLERİNİN DURUMU M. ESKİOCAK, G. V. SARAÇOĞLU, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇİKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ .....	327
ELAZIĞ İL MERKEZİNDE YAŞLILARDA DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAYGINLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER M. KARADAĞ, S. E. DEVECİ, Y. AÇIK, M. ATMACA .....	328
GENÇ ERİŞKİNLERDE KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ YAPMA SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI Ercan GÖÇGELDİ, Necmettin KOÇAK, Serdar ULUS, Cenk YEĞİNER, Şeref BAŞAL .....	329
GENÇLERDE SİGARA KONUSUNDA YÜRÜTÜLEN AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ SİGARA KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE SİGARA İÇME DAVRANIŞI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ H. FİLİZ, G. DİNÇ, S. CAMBAZ ULAŞ .....	330
İSPARTA İLİ MERKEZ VE ÇEVRE İLÇE-KÖYLERİNDE 2000-2008 YILLARI ARASINDAKİ VEREM-SAVAŞ DİSPANSERİ KAYITLARININ İNCELENMESİ E. ZENGİN, A. N. KİŞİOĞLU, Y. SÖNMEZ .....	331
İKİ FARKLI COĞRAFİ BÖLGEDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARINDA İÇ ORTAM HAVASINDA CO2 KONSANTRASYONU DEĞERLENDİRİLMESİ S. KÖKSAL, S. GÖKÇE, E. ERGİNÖZ, S. ERDOĞAN, A. KAYPMAS, E. YURTSEVEN .....	332
İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME ÇOCUKLARINDA ASTİM PREVALANSI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ: MANİSA ÖRNEĞİ Saliha ALTIPARMAK, Osman ALTIPARMAK, Hatice YILDIRIM SARI .....	333
İSTANBUL İLİ ÜMRANIYE İLÇESİNDEKİ İLKÖĞRETİM 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ M. F. ÖNSÜZ, A. N. OZAYDIN .....	334
İSTANBUL'DA BİR İLAÇ SEKTÖRÜ ÇALIŞANLARINDA KAN BAĞIŞI KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞ ARAŞTIRMASI A. E. ÖNAL, S. CEVİZCİ .....	335
KAPALI ORTAMDA SİGARA KULLANIMININ HAVA KALİTESİNE ETKİSİ VE BU ORTAMDA ÇALIŞAN KİŞİLERDE ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ GÖRÜLME SIKLIĞI G. BOZTAŞ, H. ÖZCEBE, S. ÖZKAN, G. ÖZLEM, V. ÜLKER .....	336
KARDİYOVASKULER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF-BD) ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİĞİ İnci ARIKAN, Selma METİNTAŞ, Cemalettin KALYONCU .....	337
KAYSERİ MELİKGAZİ SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN GEBE KADINLARIN	

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BESLENME DURUMLARI B. ÇİÇEK, M. YILMAZ, H. ŞAHİN, D. KATRANCI, M. AYKUT, E. BALCI, N. ÇELİK, N. İNANÇ .....	338
KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ KONUSUNDA GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERE VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ Necmettin KOÇAK, Ercan GÖÇGELDİ .....	339
KORONER KALP HASTALARININ DEĞİŞTİRİLEBİLİR RISK FAKTÖRLERİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIKLI YEME İNDEKSLERİ Ü. ÖZTÜRK, P. TOKSÖZ, Ö. ÖZTÜRK .....	340
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA TEDAVİ MODALİTESİ, DEPRESYON, YORGUNLUK VE CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ V. ŞENOL, E. BALCI .....	341
KTÜ FARABİ HASTANESİ BÜRO ÇALIŞANLARININ İŞ ORTAMININ ERGONOMİK DEĞERLENDİRİLMESİ VE MEVCUT KAŞ İSKELET ŞİKAYETLERİ İLE İLİŞKİSİ N. AĞBAŞ, G. ÇAN, M. TOPBAŞ, M. A. ÇAN, H. ULUUTKU .....	342
MANİSA'DA KADIN DOĞUM POİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KADINLARDA MENOPOZ YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ S. DEVECİ Y. KAPLAN, F. ÖZBAŞARAN .....	343
MANİSA İLİ KIRKAĞAÇ İLÇESİNDE GASTROENTERİT SALGINI G. ATASOYLU, G. KÖROĞLU, G. DİNÇ, E. ÖZMEN, S. TOSUN, Z. T AY .....	344
MANİSA KENT MERKEZİNDE DOĞURGANLIK TERCİHLERİ, DOĞURGANLIK DÜZEYİ VE KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİNDE DEĞİŞİMLER G. DİNÇ .....	345
MANİSA'DA KENT MERKEZİNDE HİZMET SUNANLAR AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ B. CENGİZ ÖZYURT, P. ERBAY DÜNDAR .....	346
MARDİN İL MERKEZİNDE DÜŞÜK SOSYOEKONOMİK DÜZEYLİ MAHALLELERDE GÜVENLİ ANNELİĞİN ANNENİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ G. SAKA, S. ÇİFÇİ .....	347
MERSİN İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM OKULLARININ HİJYENİK DONANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ A. Ö. KURT, R. BUĞDAYCI, T. ŞAŞMAZ, S. ÖNER, G. YAPICI, A. KEMİK, H. GÖKÇE, S. TOPLAR .....	348
MUTF ÖĞRENCİLERİ, 6 YILIN SONUNDA, TIP EĞİTİMİNİ DEĞERLENDİRİRKEN HALK SAĞLIĞI ALANINDA KENDİLERİNİ NASIL DEĞERLENDİRİYORLAR? A. N. ÖZAYDIN, N. MUSTAFAOĞLU, E. AZİZOĞLU, İ. ÇEVİK, M. ÇİFTSÜREN, G. DEMİR, Ö. F. DEMİREL, K. DOĞANAY, M. KARAVUŞ .....	349
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ RİSKLER KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ Ö. TERZİ, N. ARSLAN, S. CANBAZ, Y. PEKŞEN .....	350

ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA Ş. KARADEMİR, E. D. EVCİ .....	351
PEDİKULOZİS KAPİTİS TEDAVİSİNDE BAŞARISIZ OLAN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLER Ö. ÖZKAN, A. ŞIKAR AKTÜRK, K. MERT .....	352
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞYERİ ŞİDDETİ S. KOCADAĞ, R. AKDUR .....	353
SEVK ZİNCİRİ İPTALİNİN ÜÇÜNCÜ BASAMAKTA KONULAN TANILAR VE SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNA MALİYETİ ÜZERİNE ETKİLERİ N. SAVAŞ, C. ÖZER, T. İNANDI .....	354
SİVRİHİSAR İLÇE MERKEZİNDE 40 YAŞ ÜZERİ ERKEKLERDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ A. ÜNSAL, D. ARSLANTAŞ, F. KOÇ, S. TOKER .....	355
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞANLARIN MEMNUNİYETİ, İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER G. URAL, O. CEYHAN, S. KAHRAMAN .....	356
TTB HALK SAĞLIĞI KOLU 20. GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ SONUÇ BİLDİRGESİ E. ALTUNDAŞ, N. ÇAĞLAYAN, İ. KAYI, M. ERKOÇ TTB Halk Sağlığı Kolu 20. Gezici Eğitim Semineri Röportörleri.....	357
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NİN HASTA BİNA SENDROMU AÇISINDAN ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN BELİRLENMESİ Rukiye AYLAZ, Fatma SÖYLEMEZ, Gülsen GÜNEŞ, Erkan PEHLİVAN .....	358
TÜRKİYEDE YERLEŞİM YERİ BAZLI SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİNİN BAZI SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ İLE İLİŞKİSİ Saniye Orhan AKSOY, Erhan ESER .....	359
VAN AÇSAP MERKEZİ'NE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ EVLENMİŞ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI A. KARAHAN, A. YÜKSEL, S. DEVECİ, T. ERBAYDAR .....	360
YAŞLILARDA SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN GÖSTERİLMESİNDE FARKLI BİR YAKLAŞIM: "SAĞLIK ALGISI DEĞİŞİMİ DEĞERİ" E. ESER, N. P. BAYSAN .....	361
ZONGULDAK'TA BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARIN MARUZ KALDIĞI EŞ ŞİDDETİNİN SIKLIĞI VE ŞİDDETE ETKİ EDEN BAZI FAKTÖRLER Berin BAYRAKLI .....	362
<b>POSTER BİLDİRİLER</b> .....	<b>363</b>
DİŞ SAĞLIĞI DÜZEYİNİ BELİRLEMEDE YENİ BİR ÖLÇÜT: SFS-T İNDEKSİ N. NAMAL, A. SHEİHAM .....	365

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ C. AKCAN, G. BEŞTEPE, A. BEŞTEPE, G. DEĞER .....	366
ANKARA İLİNDE BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA OKUYAN 5.-8. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞINA İLİŞKİN BAZI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI Bahar GÜÇİZ DOĞAN, Saadet GÖKALP, Şengül ÜNLÜEL .....	367
GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ T. KAYA, H. BEBİŞ, S. KILIÇ, S. ÖZDEMİR, E. Y. YILDIZ .....	368
20 YAŞ VE ÜZERİ ERİŞKİNLERDE OBEZİTE VE YAŞAM KALİTESİ A. ÜNSAL, D. ARSLANTAŞ, F. KOÇ .....	369
ADANA İLİ SOLAKLI BELDESİNDE OTURAN KİŞİLERİN KULLANDIĞI TUZLARIN İYOT DURUMU H. ZORBA, E. KARA, M. AKBABA .....	370
ADANA İLİ SOLAKLI MERKEZ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 20-64 YAŞ ARASI KADINLARDA OBEZİTE VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ Ersin NAZLICAN, Hakan DEMİRHİNDİ, Muhsin AKBABA .....	371
AFYONKARAHİSAR TINAZTEPE VE 2. BLOK YURTLARINDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ G. BEŞTEPE, G. DEĞER, Ş. DEĞER, S. GÜLTEKİN, S. AKTAŞ, E. PERİNCEK, Y. CEYLANTEKİN .....	372
ANKARA'DA İKİ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 0-59 AYLIK ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN SAĞLIKLI GIDA HAZIRLAMA KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Tülay BAĞCI BOSİ, Fehminaz TEMEL, Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Levent AKIN .....	373
ANKARA'DA YAŞAYAN BİREYLERİN TATİL DÖNEMİNDE BESLENME DÜZENİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLERİN İNCELENMESİ S. AKAR ŞAHİNGÖZ, H. ŞAHİN, F. YILDIZLI .....	374
BALIKESİR İBRAHİM BODUR ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİNDEKİ ÇIRAKLARDA ZAYIFLIK PREVALANSININ BELİRLENMESİ N. KARADAĞ, S. YÖRÜK .....	375
BURSA İLİ NİLÜFER İLÇE MERKEZİNDE 12-14 YAŞ İLKÖĞRETİM OKULUNA DEVAM EDEN ÇOCUKLARDA ANEMİ PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ N. DÜNDAR, K. PALA .....	376
EĞİRDİR İLÇESİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARDA OBEZİTE PREVALANSI VE RİSK ETMENLERİ Rabia ÇELİK YILDIZ, Yonca SÖNMEZ, A. Nesimi KİŞİOĞLU .....	377
ELAZIĞ İL MERKEZİ İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE AŞIRI KİLOLUK, OBEZİTE PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER Edibe PİRİNÇÇİ, Birsen DURMUŞ, Yasemin AÇIK, Cemal GÜNDOĞDU .....	378
GATA EĞİTİM HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE MÜRACAAT EDEN	



GEBE KADINLARIN. "GEBELİKTE BESLENME" KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ. BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER T. TÜRKER, M. A. BABAYİĞİT, S. CEYLAN, O. SARI, H. ERSOY, M. C. YENEN .....	379
KARS İLİ 1 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15 YAŞ ÜZERİ KADINLARIN BESİN TÜKETİM ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ G. KARATAY, B. ÖZTÜRK .....	380
KAYSERİ'DEKİ ANNELERİN EMZİRME SÜRELERİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER A. BORLU, D. HOROZ, E. BALCI .....	381
SAMSUN MERKEZ İLÇE İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE PREVALANSI C. DÜNDAR, H. ÖZ, E. I. UYAR, N. ÖZYURT .....	382
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME BİÇİMİ ve FAST FOOD TÜKETİMİ O. GÜNAY, A. E. GÜNAY .....	383
TRABZON İLİNDE BEBEK DOSTU İLÇE UYGULAMASININ ANNE SÜTÜ İLE BESLENME DURUMUNA ETKİSİ G. ÇAN, S. KAZAZ, M. TOPBAŞ, S. MUHÇU, E. ÇAN, A. YAVUZYILMAZ, Ş. EMİROĞLU, M. ÜNAL, H. KAYACIK, Ş. SÜNBÜL .....	384
ULUSAL BİYOGÜVENLİK VE HALK SAĞLIĞI: GDO'LAR CANAVAR MI? Bilge TOPUKSAK, Gülümser KUBLAY .....	385
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME TUTUM DAVRANIŞ VE FİZİK AKTİVİTE DÜZEYLERİ N. YEŞİLDAL, S. Ç. DAĞLI, A. ALTINÖZ, A. ACAR, P. BAŞARANEL, F. ACAR, F. BEKTAŞ, H. DOĞAN, M. ÇIKMAN .....	386
YETİŞKİN BİREYLER TARAFINDAN BİLDİRİLEN BOY VE AĞIRLIK DEĞERLERİNİN GEÇERLİLİĞİ M. AYKUT, O. GÜNAY, D. HOROZ, A. BORLU, E. BALCI, Z. ORAK .....	387
2001-2006 YILLARI ARASINDA ŞANLIURFA MERKEZ VEREM SAVAŞ DİSPANSERİNDE TAKİP EDİLEN TÜBERKÜLOZ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Ş. KOÇAKOĞLU, Z. ŞİMŞEK, İ. H. İNAKÇI .....	388
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMAMA NEDENLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Muzaffer ESKİOCAK, Seval ALKOY, Hasan DEDELER, Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Ufuk BERBEROĞLU, Faruk YORULMAZ .....	389
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMAMA NEDENLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aslihan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	390
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AŞILAMA HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ (LKT) ve COĞRAFİ BİLGİ SİSTEMLERİ (CBS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Filiz KURTCEBE, Ahmet Özgür DOĞRU, Aslihan ÇATIKER, Necla ULUĞTEKİN, Muzaffer ESKİOCAK .....	391
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE AŞILAMA HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ (LKT) ve COĞRAFİ BİLGİ SİSTEMLERİ (CBS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ	

Seval ALKOY, Filiz KURTCEBE, Ahmet Özgür DOĞRU, Necla ULUĞTEKİN, Muzaffer ESKİOCAK .....	392
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANDIKLARI YERLERİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Ashıhan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	393
ANKARA KENT MERKEZİNDE BULUNAN İKİ SAĞLIK OCAĞINA HERHANGİ BİR NEDENLE BAŞVURAN YİRMİ YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN HEPATİT C HAKKINDAKİ BİLGİLERİ S. ÜNER, Ö. KARADAĞ, H. ÖZCEBE .....	394
ANKARA'DA SAĞLIK OCAĞI POLİKLİNİKLERİNE 2-4 EKİM 2007 BAŞVURAN 17-50 YAŞ ARASI KİŞİLERİN HEPATİT B HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ Ali Naci YILDIZ, Yalçın ÇAKIR, Saliha EREN, Ümitcan KARAHASANOĞLU, Rüveyda LÜLECİ, Ümit MALKAN, Fehminaz TEMEL .....	395
ANKARA'DA İKİ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE, 0-59 AYLIK ÇOCUKLARDA SON 15 GÜN VE SON 24 SAAT İÇİNDEKİ İSHAL PREVALANSI Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Levent AKIN, Banu ÇAKIR, Fehminaz TEMEL, Yusuf Tolga ŞANLI, İlknur ÖZDENİZ, Emel ÖDEMİŞ, Bihter ŞENTÜRK, Seval TANRIKULU, Esmâ KEPENEK .....	396
BİR GRUP ÖĞRETMEN VE HEKİMİN KUŞ GRİBİ BİLGİ DÜZEYLERİ M. KAYA, G. ÇULHA, A. ÖZLÜ, C. ERCAN, Ç. ŞİMŞEK .....	397
BİR SAĞLIK OCAĞI'NA 3, 4, 10 ARALIK 2007 TARİHLERİNDE YAPILAN BAŞVURULARDA ÜSYE TANISI ALAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİ VE HASTALARIN TEDAVİYE UYUMU Ali Naci YILDIZ, Emel ERTÜRK, Eymen GAZEL, Sebile GÜLER, Fehminaz TEMEL .....	398
BİR TIP FAKÜLTESİ 4., 5. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KUŞ GRİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI S. KILIÇ, O. KOÇ, H. SALİFOĞLU, A. PELLUMBİ, S. ULUS .....	399
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN KLİNİKLERİNDE OCAK 2005-HAZİRAN 2008 TARİHLERİ ARASINDA İZLENEN BRUSELLOZ OLGULARININ İNCELENMESİ E. BARAN, K. O. MEMİKOĞLU, M. E. OCAKTAN .....	400
DÜZCE'DE ÖNEMLİ BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU: KUDUZ RİSKLİ TEMAS OLGULARI Nasır NESANIR .....	401
EDİRNE'DE HASTANE YEMEK HAZIRLAMA VE DAĞITIM HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN GIDA HİJYENİ KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI B. TOKUÇ, G. EKUKLU, U. BERBEROĞLU, E. BİLGE, H. DEDELER .....	402
ESKİŞEHİR İLİ KIRSAL ALANINDA ERİŞKİNLERİNDE DERMATOFİTOZ SIKLIĞI VE TEDAVİ ALTERNATİFLERİ S. METİN TAŞ, N. KIRAZ, F. KOÇ, C. KALYONCU .....	403
GÖKÇEYAZI SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN ERİŞKİN ERKEKLERİN AIDS HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE AIDS İLE İLGİLİ KORKULARININ BELİRLENMESİ S. TÜRKER, İ. AKYÜZ, M. ÇOLAK .....	404
HATAY İLİ 2007 YILI İÇME SULARININ ANALİZ SONUÇLARI İLE İSHAL VE HEPATİT A OLGU SIKLIĞI İLİŞKİSİ E. TURHAN .....	405

HATAY İLİ VE YÖRESİNDE BRUSELLOZ SEROPREVALANSI E. TURHAN, T. İNANDI .....	406
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM STAJI YAPMIŞ ÖĞRENCİLERİN HPV AŞISI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ M. F. ÖNSÜZ, Z. BİLGİ, M. YILMAZ, N. AMUK, F. FAHRİDİN, A. TOPUZOĞLU .....	407
MELİKGAZI SAĞLIK GRUPOBAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ ERİŞKİMLERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI A. ÖZTÜRK, D. HOROZ, A. BORLU, E. BALCI, İ. GÜN .....	408
MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ 15- 49 KADIN TT / TD AŞILAMA VE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNE ULAŞMADA BİR ENGEL MİDİR? İbrahim KORUK, Zeynep ŞİMŞEK .....	409
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KUŞ GRİBİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ Ö. TERZİ, S. CANBAZ, Y. PEKŞEN .....	410
ŞANLIURFA İL MERKEZİNDEKİ BERBER VE KUAFÖRLERDE HBV VE HCV SEROPREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ İ. KORUK, S. TEKİN KORUK, B. GÜRSOY, C. ÇALIŞIR, F. YÜKSEL, F. YILDIZ ZEYREK, Z. ŞİMŞEK .....	411
ZONGULDAK İLİ MERKEZ İLÇESİNDE BAĞIŞIKLAMA HİZMETİ VEREN 1. BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA SOĞUK ZİNCİRİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ DURUMU Ö. SEKRETER, S. KIRAN, M. A. KURÇER .....	412
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TEMİZLİK PERSONELİNİN HASTANE ENFEKSİYONLARI İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI G. URAL, Ö. KOÇ, S. KAHRAMAN, O. CEYHAN .....	413
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTANE ENFEKSİYONLARI VE KONTROLÜ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI G. URAL, S. KAHRAMAN, Ö. KOÇ, O. CEYHAN .....	414
PROFESYONEL TEMİZLİK FİRMALARININ CIVA TEMİZLİĞİ YAKLAŞIMLARINA YÖNELİK BİR ÇALIŞMA Derya ÇAMUR, Songül A.VAİZOĞLU, Çağatay GÜLER .....	415
ANKARA'DA BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA ÖĞRENCİLERİN BİLGİSAYAR, İNTERNET KULLANMA ÖZELLİKLERİ VE GÜVENLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Songül VAİZOĞLU, Fehminaz TEMEL, Leman AKCAN, Laden JAFARİ, Sait ERTUĞRUL .....	416
AYDIN MERKEZİNDE YAŞAYANLARIN, EVDE KULLANILAN TEMİZLİK MADDELERİNE YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ E. D. EVCİ, F. DEMİRKIRAN, S. MEMİŞ, S. SARIGÜN, M. A. BİLGEN, M. ÖNDE, E. BEŞER .....	417
BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA 6., 7. ve 8. SINIFLARDA OKUYAN ÖĞRENCİLERİN SU SAVURGANLIĞINA İLİŞKİN BİLGİ ve UYGULAMALARI (Ankara, 2007)	

Derya ÇAMUR, Songül ACAR VAİZOĞLU, Denizhan BAĞRUL, Ali ALİYEV, Mehmet KARACA, Ahmet KOKURCAN, Dilek KALKAN, Çağatay GÜLER .....	418
BİR KAPALI ORTAM OLARAK OTOMOBİLLER Bekir KAPLAN, Songül ACAR VAİZOĞLU .....	419
ÇANAKKALE İLİNDE İNSAN SAĞLIĞINI TEHDİT EDEN ÇEVRE SORUNLARI C. BAKAR, F. ARMUTÇU .....	420
GAZİANTEP İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARININ STANDARTLARA UYGUNLUK VE ÇEVRE SAĞLIĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ H. TURAN, N. AYDIN, S. ÖZGÜR .....	421
GIDA KATKI MADDELERİNİN TOKSİKOLOJİK İNCELENMESİ H. EKİCİ, M. YİPEL, P. P. ORTAKAL, E. YARŞAN .....	422
GIDA SANAYİNDE TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON R. BAŞKAYA, A. KARAGÖZ .....	423
İKİ FARKLI COĞRAFİ BÖLGEDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARINDA İÇ ORTAM HAVASINDA UÇUCU ORGANİK BİLEŞİKLER (VOC) KONSANTRASYONU DEĞERLENDİRİLMESİ S. KÖKSAL, S. GÖKÇE, E. ERGİNÖZ, S. ERDOĞAN, A. KAYPMAS, E. YURTSEVEN .....	424
İSTANBUL'DA KENTSEL DÖNÜŞÜM PROJESİNİN İLK SONUÇLARI: KENTSEL AFET BÖLGESİ OLARAK SULUKULE Ö. SARIKAYA, İ. KAYI, Y. YAŞIN, G. YEŞİLTEPE, S. KARABEY .....	425
KEÇİÖREN İLÇESİNDE BULUNAN KREŞLERİN KAPALI ORTAM HAVA KİRLİLİĞİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ Ö. F. TEKBAŞ, S. VAİZOĞLU, H. ÇAKMAK, Z. ÇOBANOĞLU, Ç. GÜLER .....	426
SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ İKİ LİSENİN OKUL ÇEVRE SAĞLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ N. ARSLAN, E. ÇETİNOĞLU, Ö. TERZİ, S. CANBAZ, Y. PEKŞEN .....	427
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ÖZEL TOPLANMASI GEREKEN ATIKLAR KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞ DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI Ö. OMCA, F. YORULMAZ, H. DEDELER, N. GÜÇKAN, U. ZEYREK .....	428
0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN ÇOCUK BAKIMINA İLİŞKİN GELENEKSEL UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ F. ÜSTÜNER, B. KAYA, E. KÜÇÜK .....	429
0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİNİN ANTİBİYOTİK KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI F. ÜSTÜNER, K. YAPAR, E. KÜÇÜK .....	430
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ (ASYE) VE İŞHALLİ HASTALIKLARIN KONTROLÜ PROGRAMI HİZMETLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKÖY, Aysu KIYAN, Aslihan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	431

AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Ashhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	432
AİLE HEKİMLİĞİNİN 1. YILINDA ASYE SIKLIĞI VE ASYE DENETİM PROGRAMI, EDİRNE 2008 M. ESKİOCAK, G. V. SARAÇOĞLU, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, U. ZIYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ .....	433
ANKARA'DA BİR ANAOKULUNDA YATAĞINI ISLATMA (ENURESIS NOCTURNA) SIKLIĞININ, ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN VE YATAĞINI ISLATMA İLE PARAZİTOZ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI Bilal BAKIR, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Remzi Ergin ARAZ, Sabahattin VURUCU, Hakan YAREN .....	434
ANKARA'DA BİR HASTANENİN PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ANNELERİN ATEŞ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI S. ULUS, H. ÇAKMAK, H. İ. AYDIN, R. OĞUR, B. BAKIR, R. DÜNDARÖZ .....	435
ANKARA'DA BİR MESLEK LİSESİ 10. VE 11. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER Fehminaz TEMEL, Pervin HANCI, Taner KASAPOĞLU, Rabia Miray KIŞLA, Mahmut Serkan SARIKAYA, Mehmet Alper YILMAZ, Hilal ÖZCEBE .....	436
ANNELERİN ANLATIMI İLE BEBEKLERİNİN ÖLÜMÜ G. ATASOYLU, P. OKYAY, M. TÜRKMEN, S. A. AYDOĞDU, A. YENİGÜN, E. BEŞER .....	437
BALIKESİR'İN BURHANIYE İLÇESİ BİR NO.LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-5 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN EVLERİNDE SİGARA İLE İLGİLİ OLARAK UYGULANAN KURALLARIN VE BU KURALLARIN İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ Z. ÖCEK, M. ÇİÇEKLİOĞLU, Ş. TANER GÜRSOY, F. AKSU, G. ASLAN, M. SOMALI .....	438
BALIKESİR 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BİR GRUP AİLENİN YÜKSEK ATEŞE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ Nuriye KARADAĞ, Semihat TÜRKER, Zehra SARIDAYI, Mukadder GÜN .....	439
BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİ HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ANNELERİN BEBEK BAKIMI KONUSUNDA GELENEKSEL UYGULAMALARI N. KARADAĞ, S. TÜRKER, Z. SARIDAYI, M. GÜN .....	440
BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BEBEKLERİN UYKU POZİSYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER Emine BARAN, M. Esin OCAKTAN, Sabahattin KOCADAĞ, Ayşe YILDIZ, Recep AKDÜR .....	441
ÇANAKKALE İL MERKEZİ 4 NO'LU SAĞLIK OCAĞINA KAYITLI GEBELERİN YENİDOĞAN SÜNNETİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARI VE YENİDOĞAN SÜNNETİNE BAKIŞ AÇILARI Seyran ŞENVELİ, Arife ÖZKAN, Şirin ÜNAL, Burçin MUTLU, Çisem ÖZKURT, Berna ÇAMDALI .....	442
ÇANAKKALE İLİ ÇOCUK CERRAHİ VE ÇOCUK SERVİSİ BÖLÜMLERİNDE REFAKATÇİ OLARAK KALAN ANNELERİN KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ S. VURUR, A. BALTA, Ö. TOKER .....	443
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL ÇOCUK POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE TANILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	

S. TEPE, E. GÜNDÜZ, S. ULUDAĞ KİS, Z. SÜTOLUK, M. AKBABA .....	444
DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ'NDEKİ ÖLÜM KAYITLARININ İNCELENMESİ (2003 - 2007) E. KASIMOĞLU, G. SAKA .....	445
EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ BİRİNCİ YILINDA ÇOCUK BESLENMESİ HİZMETLERİNİN DURUMU- 2008 G. V. SARAÇOĞLU, M. ESKİOCAK, H. DEDELER, T. ERARSLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ .....	446
EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN 1. YILINDA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN DURUMU, 2008 G. VAROL SARAÇOĞLU, M. ESKİOCAK, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ .....	447
İZMİT KENT MERKEZİNDE ÜÇ İLKÖĞRETİM OKULUNDA ANAOKULU VE 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE GÖRME BOZUKLUĞU SIKLIĞI S. YÜKSEL, B. ÇÜÇEN, R. ALPASLAN, Ü. ÇAĞLAYAN, S. ÇAM, E. EMRE, Ş. KESİM, A. NURİOĞLU, A. RAMAZAN, G. OĞUZHAN, R. OKUR, R. OSMANOĞLU, T. ÖZTÜRK, Ş. SEYYİDOĞLU, E. TEKELİOĞLU, E. VARGÖL.....	448
KONYA İL MERKEZİNDE İKİ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA AŞI TAKVİMİNE UYUM S. BODUR, L. S. DEMİR .....	449
MANİSA İLİNDE 2007 YILINDA MEYDANA GELEN BEBEK ÖLÜMLERİ VE ÖLÜ DOĞUMLAR: TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE NEDENLERİ G. ATASOYLU, Y. BAYDUR, B. DEVECİ, E. ÖZMEN, Z. TAY .....	450
MANİSA İLİNDE SON BEŞ YILDA BEBEK ÖLÜMLÜLÜĞÜ G. ATASOYLU, M. BAYIK, Y. BAYDUR, E. ÖZMEN, Z. TAY .....	451
MANİSA KENT MERKEZİNDE 6., 7., 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE OKUL MASA - SIRA ERGONOMİSİ ve BEL AĞRISI Müjde İLGÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR .....	452
MELİKGAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDEKİ ANNELERİN AŞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ A. BORLU, F. AKPINAR, İ. GÜN, E. BALCI .....	453
ÖĞRENCİ VELİLERİNİN OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI İ. USTA, O. GÜNAY .....	454
ÖĞRETMENLERİN OKUL SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI İ. USTA, O. GÜNAY .....	455
TOKAT İLİ ERBAA İLÇE MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARININ FİZİKSEL ÇEVRE KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ İ. USTA, O. GÜNAY .....	456
URFA BOZOVA İLÇESİNDE YATILI VE GÜNDÜZ ÖĞRENİMLİ ÇOCUKLARDA ENÜREZİS SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER A. GÜNEŞ, G. GÜNEŞ, A. AKILLI .....	457



VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ TANISI İLE HASTANESİNE YATAN ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ. S. KAHRAMAN, A. ÖZCAN, Ö. KAYA .....	458
ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE YAŞADIKLARI SORUNLAR E. KÜÇÜK, A. BACAK, M. ÖZÇELİK, G. YAZICI, G. DEMİRPENÇE .....	459
ZONGULDAK İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 0-5 YAŞ BEBEK VE ÇOCUKLARDA İSHAL GÖRÜLME SIKLIĞI VE ANNELEİN İSHALE YÖNELİK UYGULAMALARI F. VEREN, B. KANDEMİR .....	460
ZONGULDAK İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 0-5 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELEİN YÜKSEK ATEŞLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI T. AYYILDIZ, N. KALINCI, R. GÜCENMEZ, B. BAYRAKLI, H. KALYON .....	461
ZONGULDAK MERKEZ ÇOCUK YUVASINDA BAKIM ALTINDA BULUNAN ÇOCUKLARIN FİZİKSEL GELİŞİMLERİ İLE AİLESİNİN YANINDA YAŞAYAN ÇOCUKLARIN FİZİKSEL GELİŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI R. KALAFATOĞLU, S. KIRAN, F. N. AYOĞLU .....	462
MANİSA KENT MERKEZİNDE 6., 7., 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE BEL AĞRISI PREVALANSI Müjde İLGÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR .....	463
MANİSA KENT MERKEZİNDE 6., 7., 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE BİLGİSAYAR ERGONOMİSİ ve BEL AĞRISI Müjde İLGÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR .....	464
ALLERJİK HASTALIKLARIN SIKLIĞI VE JEOKLİMATİK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ: ÇOK MERKEZLİ-KESİTSEL ÇALIŞMA Selma METİN TAŞ, Emel KURT, Fuat KALYONCU .....	465
ANKARA İLİ KEÇİÖREN İLÇESİNDE 2007 YILINDA MEYDANA GELEN ÖLÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Fehminaz TEMEL, İpek ŞANLISOY, Süleyman Nahit ŞENDUR, Yüce İSLAMOĞLU, Arif ASLAN, Bahar GÜÇİZ DOĞAN .....	466
İFADEYE GÖRE BELİRLENEN VÜCUT AĞIRLIĞI VE BOY UZUNLUĞU VERİLERİNDEN HESAPLANAN BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN DUYARLILIĞI B. Güçiz DOĞAN, F. SEVENCAN, N. EMRE, İ. DOĞAN, Y. S. ÇETİN .....	467
KAHRAMANMARAŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KANSER KAYIT MERKEZİNİN 2004-2007 YILLARINDA TOPLADIĞI VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Hasan Çetin EKERBİÇER, Emine BANKAOĞLU .....	468
SCI VE SCI-E KAPSAMINDAKİ DERGİLERDEN ALINAN HAKEM ELEŞTİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ C. H. AÇIKEL, C. YEĞİNER, M. UÇAR .....	469
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK İNCELENMESİ M. UYAR, T. K. ŞAHİN, M. ARTAÇ, O. Ö. EREN .....	470
ANKARA İLİ YENİMAHALLE İLÇESİ ANADOLU MAHALLESİNDE AİLE İÇİ YAŞLI İSTİSMARININ SAPTANMASI Fatma İLHAN, Sefer AYCAN, Mustafa N. İLHAN, F. Nur AKSAKAL .....	471

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BÜYÜK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERDE DÜŞMEYE BAĞLI KIRIKLARIN BEŞ YILLIK DEĞERLENDİRİLMESİ Z. SÜTOLUK, F. TANIR, M. AKBABA .....	472
EDİRNE İL MERKEZİNDE HUZUREVİNDE KALAN KİŞİLERDE AMELİYAT GEÇİRMİŞ OLMA DURUMLARININ İNCELENMESİ HASAN DEDELER, F. YORULMAZ, Ö. OMCA, N. GÜÇKAN, U. ZEYREK .....	473
GAZİANTEP İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN GENEL SAĞLIK DÜZEYİ ve SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ S. AYDIN, L. KARAOĞLU .....	474
GAZİANTEP MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE ŞİDDETE MARUZİYET VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER L. KARAOĞLU, S. AYDIN .....	475
HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA YAŞAM DOYUMU; MANİSA ÖRNEĞİ Saliha ALTIPARMAK .....	476
İSTANBUL BEŞİKTAŞ'TA YAŞLILARDA AKTİF YAŞLANMA PROJESİNİN İLK SONUÇLARI: KAZA SIKLIĞI VE KAZA İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER A. E. ÖNAL, Ş. ŞEKER, İ. KAYA, N. TEMİZKAN, İ. YAŞIN .....	477
MANİSA KENT MERKEZİ BİR GECEKONDU BÖLGESİNDE YAŞLILARDA MEDİKO-SOSYAL DURUM VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMUNUN TANIMLANMASI N. Pınar BAYSAN, Eyüp AYDOĞAN, Derya SEZDİ, Burcu CİNKOĞLU, Mehmet ULU, Gönül DİNÇ HORASAN .....	478
TOPLUMSAL TEMELLİ YAŞLI BAKIMI: BİR SOSYAL KAPİTAL YORUMU Şengül HABLEMİTOĞLU, Filiz YILDIRIM.....	479
TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI: MEVCUT YAPILANMA, SAĞLIK BAKANLIĞI VE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ N. YARDIM, S. Ç. ÇOBAN, N. ÇOBANOĞLU .....	480
YAŞLI BİREYLERE VERİLEN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ İLAÇ EĞİTİMİNİN İLAÇ YÖNETİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ Rabia HACİHASANOĞLU, A. YILDIRIM, P. KARAKURT .....	481
YAŞLI BAKIMI VERENLERDE ÖZ YETERLİK: GENEL SAĞLIK VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ Nilgün ÖZÇAKAR, Mehtap KARTAL, Nil TEKİN .....	482
"ULUSAL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ENSTİTÜSÜ" GEREKSİNİMİ Ahmet SALTIK .....	483
ADANA İLİNDE 7-15 YAŞ ÇOCUĞUNU ÇALIŞTIRAN EBEVEYNLERİN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ F. TANIR, Z. SÜTOLUK, O. E. ÖZDENER, M. AKBABA .....	484
ANKARA İLİ MERKEZİNDE 5727 SAYILI YASA TASARISI'NDAN ETKİLENECEK OLAN İŞYERİ SAHİPLERİ VE ÇALIŞANLARININ YASA TASARISI HAKKINDAKİ BİLGİ VE YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ H. ÖZCEBE, B. KAPLAN, Ö. DİKMETAŞ, A. EFENDİOĞLU, Ş. G. FATİHOĞLU, M. R. GÖKLÜ .....	485
ANKARA'DA ÇALIŞAN TRAFİK POLİSLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE ÇALIŞMA KOŞULLARI VE BU	

KOŞULLARA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ Ahmet ÇEVİK, Mustafa N. İLHAN, M. Ali BUMİN .....	486
BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN İŞÇİLERİN İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER G. URAL, O. CEYHAN, S. KAHRAMAN .....	487
BALIKESİR SANAYİ SİTESİNDEKİ ÇIRAKLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ Özcan ÖZENÇ, Meltem ÇOLAK, Özkan ÖZENÇ, İmran AKYÜZ .....	488
BERBER VE KUAFÖRLERİN MESLEKİ SAĞLIK RİSKLERİ: İZMİR ÖRNEĞİ Aliye MANDIRACIOĞLU, Şükran KÖSE, Ayhan GÖZAYDIN, Melda TÜRKEN, Lütfiye KUZUCU .....	489
BİR HASTANEDE KURULACAK İŞ KAZASI KAYIT SİSTEMİYLE İLGİLİ OLARAK TÜM TARAFLARIN GÖRÜŞLERİ A. DAVAS, F. AKSU .....	490
BİR SAĞLIK MESLEK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMALARI SIRASINDA GEÇİRDİKLERİ YARALANMALAR VE İLİŞKİLİ ETMENLER Gülsevin TOPBAŞI, Mustafa N. İLHAN, Remzi AYGÜN.....	491
EDİRNE'DE BİR HAZIR GIYIM İŞLETMESİNDE GÜRÜLTÜ İÇİN 5X5 MATRİS YÖNTEMİYLE YAPILAN RİSK DEĞERLENDİRMESİ U. BERBEROĞLU, H. DEDELER, M. ESKİOÇAK, F. YORULMAZ.....	492
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İKİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİSAYAR KULLANIMI İLE ORTAYA ÇIKAN GÖZ YAKINMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ S. SAKAOĞLU MANAVGAT, M. TÜRK SOYER, A. MANDIRACIOĞLU .....	493
GAZİANTEP ORGANİZE SANAYİ BÖLGELERİNDEKİ GIDA ÜRETEEN İŞYERLERİNİN İNCELENMESİ B. ÖZÇİRPİCİ, E. İÇBAY, F. ÇOŞKUN, M. AKIN BULU, S. ÖZGÜR .....	494
İSTANBUL TUZLA TERSANELERİNDE YAŞANAN "İŞ KAZALARI" NIN ARKAPLANI Ahmet SALTIK .....	495
KULAKLIK KULLANIMININ KULAK FLORASINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI R. OĞUR, Ö. F. TEKBAŞ, H. İSTANBULLUOĞLU, B. BAKIR .....	496
MUTFAK VE SERVİS ÇALIŞANLARINDA İŞ GERİLİMİ VE ETKİLEYEN ETMENLER R. MESERİ, Ş. ÖZTÜRK, Y. DEMİRAL .....	497
ÖZEL BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HASTABAKICILARDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE İLGİLİ OLABİLECEK BAZI RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ Ö. Z. YILMAZ GÜRAL, F. N. AKSAKAL, R. AYGÜN .....	498
ŞANLIURFA İL MERKEZİNDE GEZİCİ MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ DURUMU VE SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM Z. ŞİMŞEK, İ. KORUK .....	499
GAZİANTEP İL MERKEZİNDEKİ BANKALARIN BÜRO ERGONOMİSİNE UYGUNLUK DURUMLARI VE BANKA ÇALIŞANLARININ BAZI SAĞLIK YAKINMALARI	

Ö. BALCI, B. ÖZÇIRPICI, S. ÖZGÜR .....	500
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİNDE OKUYAN KIZ ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ S. TÜRKER, M. ÇOLAK, İ. AKYÜZ .....	501
ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN DOĞUM YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DOĞUM TERCİHLERİNİN BELİRLENMESİ S.TÜRKER, İ. AKYÜZ, M. ÇOLAK .....	502
15-49 YAŞ EVLİ KADINLARIN HİJYEN ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ Ö. TEKİR, İ. AKYÜZ, M. ÇOLAK .....	503
15-49 YAŞ KADINLARIN MEME KANSERİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ Ö. TEKİR, M. ÇOLAK, İ. AKYÜZ .....	504
ADOLESAN GEBELERİN YAŞAM KALİTESİNİN YETİŞKİN GEBELERLE KARŞILAŞTIRILMASI S. TAŞDEMİR, E. BALCI, O. GÜNAY .....	505
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA ANNE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Ashhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK .....	506
ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR HASTANESİ POLİKLİNİĞİNE VE PARK SAĞLIK OCAĞI AİLE PLANLAMASI ÜNİTESİNE BAŞVURAN KADINLARIN KADIN KONDOMU BİLME VE KULLANMA DURUMLARI D. ÇALIŞKAN, B. H. SAKIZLIGİL, M. E. OCAKTAN .....	507
ANKARA'DA BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 25 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA OSTEOPOROZ BİLGİ DÜZEYİ M. E. OCAKTAN, T. D. YILMAZ, R. AKDUR .....	508
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİNDE OKUYAN KIZ ÖĞRENCİLERİN DOĞUM YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ S. TÜRKER, M. ÇOLAK, İ. AKYÜZ .....	509
BİR EĞİTİM HASTANESİ KADIN SAĞLIK PERSONELİNİN DOĞUM ŞEKLİ KARARINA YAKLAŞIMI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER M. A. BABAYİĞİT, A. ERGÜN, T. TÜRKER, H. AKSOY, S. CEYLAN .....	510
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBELERDE BEBEKTE CİNSİYET TERCİHİ ve ETKİLİ ETMENLER S. KOCADAĞ, E. BARAN .....	511
CHAMPION'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİNE GÖRE KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ UYGULAMASINA İLİŞKİN İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (DENİZ KUVVETLERİ KOMUTANLIĞI ÖRNEĞİ) B. İŞCAN, N. ATAK, B. KARA .....	512
ÇANAKKALE AİLE PLANLAMASI KLİNİĞİNE KÜRTAJ İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN KÜRTAJDAN SONRAKİ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ A. ÖZKAN, D. YILMAZ .....	513

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ YÜKSEK OKULU'NDA OKUYAN ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI VE ACİL KONTRASEPSİYON BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ S. VURUR, Ö. TOKER, M. YALÇIN, G. ASLAN.....	514
DOĞUM SONRASI VERİLEN BEBEK BAKIMI EĞİTİMİNİN ANNENİN BEBEK BAKIMINA ETKİSİ S. VURUR, P. TIRYAKIOĞLU, E. SEVİNÇ, G. ASLAN, Ö. TOKER .....	515
EDİRNE'DE AİLE EKİMLİĞİNİN 1. YILINDA DOĞUM SONRASI AP HİZMETLERİNİN DURUMU M. ESKİOCAK, G. VAROL SARAÇOĞLU, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ .....	516
EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN BİRİNCİ YILINDA ANA SAĞLIĞI HİZMETLERİ, 2008 G. VAROL SARAÇOĞLU, M. ESKİOCAK, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ .....	517
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM I ÖĞRENCİLERİNİN AİLE PLANLAMASI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ Melis NAÇAR, Zeynep BAYKAN, Şule Selin AKYAN, Mehmet Ali NARSAT, Tuncay ÖNAL, Celal ÖZDAMAR .....	518
ESKİŞEHİR İLİ KIRSAL KESİMDE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARIN MENOPOZ SEMPTOMLARI VE YAKLAŞIMLARI Selma METİNTAŞ, İnci ARIKAN, Cemalettin KALYONCU .....	519
EVLİ ERKEKLERDE EŞLERİNE YÖNELİK ŞİDDET VARLIĞININ, TÜRLENERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ G. DÖNMEZ, T. GÜNAY .....	520
GEBE KADINLARIN PRENATAL BAKIM MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Ö. DURAN, S. GERÇEK, S. ÖZTÜRK, E. GÜL, S. TAŞOĞLU .....	521
GEBELERİN ÜÇLÜ TEST VE AMNİYOSENTEZ HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI L. S. DEMİR, S. BODUR, O. BALCI .....	522
HASTANEYE BAŞVURAN GEBELERİN GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ S. GERÇEK, Ö. DURAN, D. BALALAN .....	523
İZMİR'DE 2002-2007 YILLARI ARASINDA SEZARYEN DOĞUM SIKLIĞINDA GERÇEKLEŞEN DEĞİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ Ummahan YÜCEL, Raziye ÖZDEMİR, Zeliha ÖCEK .....	524
JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER Ö. ÇİFTÇİ, O. GÜNAY .....	525
KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE AŞISI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ ve TUTUMLARI E. TÜRKOL, G. GÜNEŞ, G. ÖZEN .....	526
KADINLARIN, KADIN SAĞLIĞINI KORUMAYA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ E. KÜÇÜK, Z. KILIÇARSLAN, A. TEMEL .....	527

KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDEKİ GEBE KADINLARIN BEBEK BESLENMESİ KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI G. M. TATAR ÇİÇEK, O. GÜNAY .....	528
KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA STRESS İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ E. BALCI, Ö. ÇİFTÇİ, İ. GÜN, O. GÜNAY .....	529
KAYSERİ İLİNDEKİ EVLİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE AŞISI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI D. HOROZ, A. BORLU, E. BALCI .....	530
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONUSUNDA DEĞİŞİK KIZ ÖĞRENCİ GRUPLARININ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ Ö. F. TEKBAŞ, C. YEĞİNER, S. BAĞCI, H. TOSUN, F. DEMİR, B. KAVUT, S. YOLCU, G. KAYMAKÇI .....	531
KIRIKKALE İLİNDE 2007 YILINDA GERÇEKLEŞEN GEBELİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ T. PINAR, A.Z. ÇAKMAK, M. SAYGUN, N. ULU .....	532
KLİNİKTE ABORTUS TANISIYLA YATAN GEBELERİN KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ S. GERÇEK, Ö. DURAN, F. ÖZER, D. ŞENCAN .....	533
MALATYA İL MERKEZİNDEKİ 35 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA MENOPOZ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ M. OMAÇ, G. GÜNEŞ, R. AYLAZ, F. ÇİLEDAĞ .....	534
MANİSA İL MERKEZİNDEKİ İKİ HASTANEDE DOĞUM YAPAN LOĞUSA KADINLARIN GEBELİK DÖNEMİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ S. DEVECİ, Y. KAPLAN, F. ÖZBAŞARAN .....	535
MANİSA KENT MERKEZİNDE GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM KULLANIMINDAKİ DEĞİŞMELER G. DİNÇ HORASAN, T. PALA, G. YASLI, S. CAMBAZ, N. NESANIR, S. DEVECİ, M. ŞERİFHAN İLGÜN, P. BAYŞAN, C. ÖZCAN .....	536
MANİSA'DA GEBELİKTE SİGARA KULLANIMI; YARI KENTSEL ALAN ÖRNEĞİ Saliha ALTIPARMAK, Osman ALTIPARMAK, Hülya DEMİRCİ AVCI .....	537
MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT SONRASI EŞ UYUMLARI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İ. A. AVCI, A. OKANLI, E. KARABULUT, N. BİLGİLİ .....	538
RİSKLİ GEBELİKLERDE DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ M. Ş. ŞAHSIVAR, K. MARAKOĞLU, S. ÇİVİ .....	539
SERVİKS KANSERİNDE AŞI UYGULAMALARI E. BARAN, M. ÇÖL .....	540
ÜNİVERSİTEDE OKUYAN KIZ ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ S. TÜRKER, M. ÇOLAK, İ. AKYÜZ .....	541

YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE DOĞURGAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI S. ULUDAĞ KİS. E. GÜNDÜZ. G. AĞRIDAĞ .....	542
ZONGULDAK İLİ ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZİNE 2008 YILI İLK ALTI AYINDA BAŞVURAN 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ T. AKYOL GÜNER. S. KISAKÜREK .....	543
KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN DİĞER BİR TÜRÜ TOPLUM BASKISI Selma KAHRAMAN. Ümit SEVİĞ .....	544
ANKARA'DA BİR AÇSAP MERKEZİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KARŞILAŞTIKLARI KAZALAR VE İLK YARDIM UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ Mehmet KAYA. Taner AYDIN. A. Sevgi KÖSTEL. Şafak PARLAK. Miray SEKKİN. Ayşenur SELİMOĞLU. A. Naci YILDIZ. Nazmi BİLİR .....	545
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ BÜNYESİNDE BULUNAN 40 YAŞ VE ÜZERİ ERKEK PERSONELDE KARDİYOYASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRÜ TARAMASI Ferya KARADAĞ YALÇIN . Erhan ESER. Ozan ÜTÜK .....	546
β TALASEMİ MAJOR VE ORAK HÜCRELİ ANEMİ HASTALARINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR G. YAPICI. A. Ö. KURT. S. ÖNER. T. ŞAŞMAZ. R. BUĞDAYCI. A. TAMAM .....	547
19 MAYIS SAĞLIK OCAĞI'NA 3-5 HAZİRAN 2008 TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE KRONİK AĞRININ ARAŞTIRILMASI VE WHOQOL-BREF-TR İLE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ K. H. ALTINTAŞ. F. SEVENCAN. Ö. F. ÇİÇEK. A. ÖZBAKAN. P. ÖZBEK. D. ÖZDEMİR .....	548
BALÇOVA'DA YAŞAYAN 30 YAŞ VE ÜSTÜ YETİŞKİNLERDE SAĞLIK DURUMU VE HASTALIK ÖYKÜSÜ: BALÇOVA'NIN KALBİ (BAK) PROJESİ R.UÇKU. R. MESERİ. R. BUDAK. A. SOYSAL. B. ÜNAL. G. ERGÖR. H. BAYDUR. M. K. SÖZMEN. H. GİRAY. G. SAATLİ. S. DOĞANAY. Ö. ASLAN .....	549
BALÇOVA'NIN KALBİ (BAK): TOPLUM SAĞLIĞINI KORUMA VE GELİŞTİRME PROJESİ G. ERGÖR. H. GİRAY. B. ÜNAL. R. UÇKU. A. SOYSAL. B. KILIÇ. T. GÜNEY. A. ERGÖR. Y. DEMİRAL. G. SAATLİ. R. MESERİ. H. AYDUR. K. SÖZMEN. R. BUDAK. H. ARIK. N. KARAKUŞ .....	550
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ BALIKESİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ROMATOİD ARTRİT HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE ROMATOİD ARTRİTLİ HASTAYA YAKLAŞIMLARININ İRDELENMESİ S. BAŞKURT. Z. SARIDAYI. M. GÜN. E. ERKANLI .....	551
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ SIKLIĞI S. U. KİS. E. GÜNDÜZ. S. TEPE. Z. SÜTOLUK. M. AKBABA .....	552
DİYARBAKIR KENT MERKEZİNDE 40 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA TIP-2 DİYABET GELİŞME RİSKİ A. CEYLAN. M. YILDIZ. N. ÇİL. M. BAHÇELİ .....	553
HEMODİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE ÖZBAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ Rabia HACIHASANOĞLU. Arzu YILDIRIM .....	554



HUZURSUZ BACAK SENDROMU: 3 OLGU SUNUMU S. ÇİVİ, K. MARAKOĞLU .....	555
İSTANBUL İLİNDE ÇEŞİTLİ SAĞLIK KURULUŞLARINDA AYAKTAN İZLENEN TİP II DİYABETİK HASTALARDA GLİSEMİK KONTROLÜN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ M. F. ÖNSÜZ, A. TOPUZOĞLU .....	556
KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA OBEZİTE VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ N. YÜCEL, A. TOPUZOĞLU, M. KARAVUŞ .....	557
MALATYA İL MERKEZİNDEKİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN KANSERLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER Pınar BALAMAN, Erkan PEHLİVAN .....	558
MANİSA KENT MERKEZİNDE HİPERTANSİYON VE DİYABET TANISI ALMIŞ OLAN KİŞİLERİN HASTALIKLARINA İLİŞKİN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ T. LAGARLI, G. YASLI, İ. HALİL, Ç. B. AÇIGÖZ, N. GÖKALP, Ş. ÖZAKÇA, S. AVCI, M. ÜSTÜNEL, B. ASLAN, G. DİNÇ .....	559
ÖZÜRLÜLÜK VE KRONİK HASTALIK ARAŞTIRMASI S. ŞAHİNÖZ, T. ŞAHİNÖZ .....	560
SAĞLIK OCAKLARINA BAŞVURAN YETİŞKİNLERDE KULAK ÇINLAMASI SIKLIĞI VE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERİN ETKİSİ O. GÜNAY, A. BORLU, D. HOROZ, İ. GÜN .....	561
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİ KIRSAL ALANINDA 40 YAŞ ÜZERİ ERKEKLERDE ALT İDRAR YOLU SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ A. ÜNSAL, D. ARSLANTAŞ, F. KOÇ, S. İSLAMOĞLU .....	562
AFYONKARAHİSAR TINAZTEPE VE 2. BLOK YURTLARINDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ALKOL KULLANIMI VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ G. BEŞTEPE, Y. ÇELİK, G. DEĞER, Ş. DEĞER, S. GÜLTEKİN, S. AKTAŞ, E. PERİNCEK .....	563
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA VE ALKOL KULLANIMI G. KUYUMCU, A. İDİL, A. KIRILMAZ .....	564
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN SİGARA KULLANICISI HASTALARIN SİGARA PAKETLERİNİN ÜZERİNDEKİ UYARI YAZILARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK İNDEKSİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI M. F. ÖNSÜZ, E. ALTUNDAŞ, A. ALGAN, E. SOYDEMİR, İ. ASLAN, A. TOPUZOĞLU .....	565
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ORMAN FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA VE MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI İLE KULLANMA NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI A. S. MAYDA, Ç. G. GERÇEK, G. GÜMÜŞ, S. DEMİR, M. DENİZ, P. SÜRÜCÜ, M. KONUK, M. TÜRKMAYA, H. TANER .....	566
GAZİ HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRELERDE SİGARA KULLANIM DURUMU VE 5727 SAYILI "TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ HAKKINDA KANUN" İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ	

F. N. AKSAKAL, M. N. İLHAN, N. S. TÜRKÇÜOĞLU, R. AYGÜN .....	567
İSTANBUL ALTUNIZADE ERKEK ÖĞRENCİ YURDUNDA KALAN ÖĞRENCİLERİN SİGARA KULLANIMI KONUSUNDAKİ DAVRANIŞLARI N. MUSTAFAOĞLU, A. DURAN, E. DURMUŞ, M. ERDEM, İ. ERTEN, O. KAPLAN .....	568
KAYSERİ ŞEHİR MERKEZİNDE BULUNAN İKİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA ÖĞRENCİLERİN SİGARA KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ Serpil POYRAZOĞLU, Melis NAÇAR, Zeynep BAYKAN, Rıza ÇİTİL, Osman GÜNAY .....	569
MALATYA'DA İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM ve DAVRANIŞLARI M. OMAÇ, G. GÜNEŞ, M. F. GENÇ .....	570
SİGARA BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE ÇALIŞMALARINA KURUMSAL YAKLAŞIM ÖRNEĞİ: DENİZLİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMASI A. İ. BOZKURT, Ş. A. CENGİZ, E. DİKBAŞ, E. TURHAN EGÜRHAN, M. ŞAHİN, S. GÜNEŞ, D. AKDOĞAN .....	571
TBMM MİLLETVEKİLLERİNİN SİGARA İÇME VE SİGARA KULLANIMININ KISITLANMASINA DAİR YENİ YASA HAKKINDAKİ GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI H. ÖZCEBE, H. PEKCAN, G. BOZTAŞ, M. KAYA, Ö. KARADAĞ .....	572
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN VE HASTANEDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN KULLANIMI İLE İLGİLİ YENİ YASA VE DÜZENLEMELER HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI R. OĞUR, F. YEŞİLDAL, K. KARA, K. YILDIZ, Ö. F. TEKBAŞ, B. BAKIR .....	573
TRABZON'DA LİSE DÖNEMİ GENÇLERDE SİGARAYA YÖNELİK MÜDAHALE ÇALIŞMASI G. ÇAN, M. TOPBAŞ, F. ÖZTUNA, Ş. ÖZGÜN, A. YAVUZYILMAZ .....	574
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA VE NARGİLE KULLANMA ALIŞKANLIKLARI Funda SEVENCAN, Hilal ÖZCEBE, Nilüfer VOLTAN ACAR, Yasemin AKMAN, Filiz BİLGE .....	575
MARDİN ÖMERLİ'DE BİR OKUL ORTAMINDA ŞİDDETİ ÖNLEME VE ÖFKE KONTROLÜ ÇALIŞMALARI N. ÖKTEM, A. ÇALIŞIR, E. KILINÇ, O. EKER ÖZDENER, N. ÖZDENER .....	576
ANKARA'DA BİR SAĞLIK OCAĞI'NA BAŞVURAN 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN BECK DEPRESYON ENVANTERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Tülay BAĞCI BOŞI, Fehminaz TEMEL, Ayşegül DOĞAN, Ayşe ÇOLAK, Pınar DOĞAN, Çağatay GÜLER .....	577
ANKARA'DA BULUNAN BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİNİN İŞLETME VE BİLGİSAYAR MÜHENDİSLİĞİ 1. VE 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL ETKİNLİKLERİN VE RUHSAL BELİRTİLERİN DAĞILIMI Ö. KARADAĞ, B. ÇAKIR, S. TEZCAN .....	578
BELEDİYE ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE RUHSAL DURUMLARI P. ÇELİK, N. ÖZCAN, M. A. ÖZEK, A. YILMAZ, S. ÜNER .....	579
BİR ASKERİ BİRLİKTE GÖREV YAPAN ASKERLERİN KAZA-YARALANMA GEÇİRME DURUMLARI VE NEDENLERİNİN İNCELENMESİ Hakan İSTANBULLUOĞLU, Cengiz Han AÇIKEL, Hamza ÇAKMAK, Bilal BAKIR .....	580

DENİZLİ İLİNDEKİ DOĞURGAN ÇAĞ EVLİ KADINLARDA ALGILANAN SAĞLIK DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER M. ZENCİR, A. ÖZŞAHİN, B. ÇATAK, B. GÖKÇE YILMAZ, N. MEYDAN ACIMIŞ, E. ALKIŞ, E. TURHAN, M. BOSTANCI .....	581
DENİZLİ İLİNDEKİ DOĞURGAN ÇAĞ EVLİ KADINLARDA GENEL RUHSAL SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ A. ÖZŞAHİN, M. ZENCİR, B. GÖKÇE YILMAZ, B. ÇATAK, N. MEYDAN ACIMIŞ, E. ALKIŞ, E. TURHAN, M. BOSTANCI .....	582
DÜZCE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SINIFLARA GÖRE DEPRESYON BELİRTİLERİ A. S. MAYDA, Ç. G. GERÇEK, C. GÜNEŞ, A. HÜSEYİNOĞLU, M. B. GÜLER, A. YILDIRIM .....	583
DÜZCE VE KOCAELİ HUZUREVLERİNDE DEMANS VE DEPRESYON TARAMASI N. YEŞİLDAL, S. Ç. DAĞLI, F. ÖZER, E. ÖZTÜRK, A. PİRİNÇCIOĞLU, H. SAĞLAM, G. ŞAHBAZ, Z. TEPEDELEN Zehra, E. YIKAR, A. ÖZÇETİN .....	584
GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDE SOSYAL DESTEK Gülengül MERMER, Ayşegül BİLGE, Ummuhan YÜCEL, Esin ÇEBER, Gökçe ASLAN .....	585
ISPARTA SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ' NDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ E. ZENGİN, A. N. KİŞİOĞLU, M. ÖZTÜRK, E. USKUN, Y. SÖNMEZ .....	586
İKİ AYRI FABRİKA ÇALIŞANLARINDA RUHSAL BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ B. TOKUÇ, Y. TURUNÇ, G. EKUKLU .....	587
KIRIKKALE İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE PRATİSYEN HEKİMLERİN TANI KOYMA ORANI VE BUNU ETKİLEYEN HASTA ÖZELLİKLERİ Z. Aytül ÇAKMAK, Cumhuriyet BORATAV, Meral SAYGUN, Nuriye ULU .....	588
KONYA İL MERKEZİNDE, POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ S. ÖZDEMİR, S. ÇİVİ, K. MARAKOĞLU .....	589
KULAK ÇINLAMASININ UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ O. GÜNAY, İ. GÜN, D. HOROZ, A. BORLU .....	590
KUR'AN KURSU ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN ALGISI ve YEME TUTUMU İLİŞKİSİ Ö. KORKMAZ, E. BALCI, O. TAŞKIN, E. EŞEL, O. GÜNAY .....	591
LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SALDIRGANLIK VE DEPRESYON PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER A. ÖZTÜRK, D. ÜNALAN, D. ÖZTOP, M. MAZICIOĞLU, İ. GÜN, E. BALCI .....	592
ÖZÜRLÜ ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERDE DEPRESİF BELİRTİLER A. ÖZTÜRK, Z. KÜLLÜ .....	593
TÜRKİYE'DEKİ 15 YAŞINDAKİ ÖĞRENCİLERİN RUH SAĞLIĞI VE PSİKOSOSYAL İYİLİK HALLERİ: ARKADAŞ GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ	

E. ERGİNÖZ, M. ALIKAŞIYOĞLU, O. ERCAN, Ö. UYSAL, D. A. KAYMAK, İ. YÜCEL, S. OCAK, B. EKİCİ, G. OKTAY	594
DOĞURGAN ÇAĞDAKİ KADINLARDA DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİSİ SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ: KESİTSEL BİR ALAN ÇALIŞMASI, AYDIN P. OKYAY, G. ATASOYLU, M. ÖNDE, E. BEŞER	595
AİLE HEKİMLİĞİNİN BİRİNCİ YILINDA EDİRNE'DE TOPLUMA DAYALI HİZMETLERİN DURUMU, 2008 M. ESKİOCAK, H. DEDELER, G. VAROL SARAÇOĞLU, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, N. GÜNÇİKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ	596
ANKARA MERKEZİNDEKİ BİR BELEDİYENİN BAZI BÖLÜMLERİNDE ÇALIŞANLARIN ENGELLİLERE YÖNELİK TUTUMLARI Ö. KARADAĞ, N. ÇİLİNGİROĞLU, P. ATACA, N. N. UÇAR, B. B. BULUT	597
BİR KÖY HALKININ ORGAN BAĞIŞI KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ S. BAŞKURT, Z. SARIDAYI, M. GÜN, E. ERKANLI	598
ÇANAKKALE YAŞLI MERKEZİNDEKİ KADINLARIN OSTEOPOROZ BILGI DÜZEYLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİSİ S. VURUR, H. A. ÇELİK, M. KORKUT, M. ŞEN, Ö. TOKER	599
EVDE TIBBİ BAKIM İHTİYACININ BELİRLENMESİ S. ŞAHİNÖZ, T. ŞAHİNÖZ	600
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMASINA ÇIKAN ÖĞRENCİLERİN EV ZİYARETİ ETKİNLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ M. SUBAŞI BAYBUĞA, M. PIÇAKÇIYEPE, S. DEMİRCAN, F. DERELİ	601
HAVUTLU SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURAN EVLİ VE ÇOCUKLU KADINLARDA AKRABA EVLİLİĞİ VE KALITSAL HASTALIK SIKLIĞI E. GÜNDÜZ, S. ULUDAĞ KİS, S. TEPE, Z. SÜTOLUK, M. AKBABA	602
KIRIKKALE İLİNDEKİ ENGELLİLERİN VE AİLELERİNİN GÜNLÜK HAYATTA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ARAŞTIRMASI Z. A ÇAKMAK, M. ÖZHAVZALI	603
MALATYA BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURANLARDA HASTA MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Ali ÖZER, Fatma MORDOĞAN, Emine TEKEDERELİ, MİNEVVER BİLBAY	604
MALATYA BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ YATAKLI SERVİSLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ A. ÖZER, F. MORDOĞAN, E. TEKEDERELİ, M. BİLBAY	605
MANİSA KENT MERKEZİNDE YATARAK TANI VE TEDAVİ HİZMETLERİNDEN YARARLANAN KİŞİLERİN HASTA MEMNUNİYETİ DÜZEYİ N. NESANIR, G. DİNÇ	606
SAMSUN İL MERKEZİNDE İKAMET EDEN BİREYLERDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ	

S. DİVRİK GÖKÇE, Ş. DABAK, E. AKSÖZ, S. S. BİLGE, Y. PEKŞEN, Y. KESİM .....	607
SİGARA İÇEN ÖĞRENCİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ D. ÜNALAN, S. SOMUNOĞLU, E. DİKMETAŞ, F. ELMALI .....	608
TÜRKİYE'DEKİ 15 YAŞINDAKİ ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMLARI VE YAŞAM MEMNUNİYETLERİNİN ARKADAŞ GRUBU ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ Ethem ERGİNÖZ, Müjgan ALİKAŞIHOĞLU, Oya ERCAN, Ömer UYSAL, Deniz ALBAYRAK KAYMAK, İlker YÜCEL, Süheyla OCAK, Barış EKİCİ, Gülşah OKTAY .....	609
ADÖLESANLARIN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ S. ÖZDEMİR, T. KAYA .....	610
DIYARBAKIR'DAKİ HASTANELERDE 2007 OCAK-ARALIK DÖNEMİ İÇİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ İ. TOKTAŞ, E. YARUK, N. K. KUBAT, M. ÖZCAN .....	611
KEÇİÖREN BELEDİYESİNİN BAZI BÖLÜMLERİNDE ÇALIŞANLARIN ENGELLİLERE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Nüket PAKSOY ERBAYDAR, Adem ŞAVKLIYILDIZ, Candan ŞİMŞEK, Burçin ŞANLIDAĞ, Derya ÖZE .....	612
KOCAELİ İLİ GÖLCÜK İLÇESİ SÜREĞEN HASTALIK DIŞI ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI, NEDENLERİ VE ÖZÜRLÜLERİN SORUNLARI Ekrem AKTUĞ .....	613
BİR TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ VE ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ MARUZİYETTEN KAYNAKLANAN SAĞLIK RİSKLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Ercan GÖÇGELDİ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Türker TÜRKER, Mahir GÜLEÇ, Süleyman CEYLAN .....	614
GAZİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN DOKTORLARDA ŞİDDET İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER Mustafa N. İLHAN, F. Nur AKSAKAL, Özlem KURTCEBE, Seçil ÖZKAN .....	615
İSTANBUL İLİNDE BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ S. KAHRAMAN, R. PINAR, G. URAL, O. CEYHAN .....	616
HEMŞİRELERDE İŞ TATMİN DÜZEYİ G.URAL, S. KAHRAMAN, O. CEYHAN, A. GÖKTAŞ, Ö. KOÇ .....	617
ANKARA İLİ ETİMESGUT İLÇESİ BEŞ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ ALTI YAŞ ALTI ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AŞILAMA HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI F. N. AKSAKAL, M. N. İLHAN, S. AYCAN, A. UĞRAŞ DİKMEN, E. ARAS, S. ÖZKAN, I. MARAL, R. AYGÜN, M. A. BUMİN .....	618
BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN UYKU ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ R. OĞUR, B. ÇİĞDEM, Y. KAÇAR, Ö. F. TEKBAŞ, H. İSTANBULLUOĞLU, B. BAKIR .....	619
ERBAŞ VE ERLERİN AYAK HİJYENİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ Ö. F. TEKBAŞ, H. ÇAKMAK, O. YILMAZ, E. SEYHAN, E. ARICI, G. ÖZ, D. AKPUNAR, Y. TAŞDEMİR .....	620

EVLİLİK EĞİTİMİ ALAN ÇİFTLERİN EVLİLİĞE İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI E. ÇEBER, A. BİLGE, G. MERMER, U. YÜCEL, A. EKŞİOĞLU, M. DEMİRELÖZ, Z. BAYKAL .....	621
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİNİN TIPTA UZMANLIK SINAVI (TUS) HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ Ali Naci YILDIZ, Mehmet KURT, M. Şefa ÖKTEN, Sefa ÖZCAN, Nurdan ÖZDEMİR, Fehminaz TEMEL .....	622
HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TERAPİ (TAT) YÖNTEMLERİ YER ALMALIMI? HEMŞİRE ÖĞRENCİLER NE DÜŞÜNÜYOR? Bilge TOPUKSAK, Güllümser KUBLAY .....	623
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI HEKİMLERİN YASAL SORUMLULUKLARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ N. VAROL, N. ÇAĞLAYAN .....	624
KAYSERİ İL MERKEZİNDE YER ALAN İLKÖĞRETİM OKULLARININ 6.,7. VE 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UYKU SÜRESİ OKUL BAŞARISINI ETKİLEMEKTE MİDİR? D. ÜNALAN, A. ÖZTÜRK, M. AKSU, S. İSMAİLOĞULLARI, N. ARGÜL .....	625
MİTOLOJİDEN GÜNÜMÜZE TIBBIN SEMBOLÜ: YILAN Ülken Tunga BABAOĞLU .....	626
SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN GEBE VE EMZİKLİ KADINLARDA ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ VE MZİRME KONUSUNDA YAPILAN EĞİTİMİN BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ Ö. Faruk TEKBAŞ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Ece AKKOÇ, Fatma GÜLDARTAR, Eda ÖZGÜN, Neslihan KARAPINAR, Tuğba YÜKSEL, Fatoş AVCI .....	627
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN GÖRDÜKLERİ DERSLERİN KENDİLERİNDEKİ HASTALIK ALGILARINA ETKİSİ C. YEĞİNER, C. H. AÇIKEL, S. KILIÇ, M. HASDE .....	628
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURANLARDA KENDİ KENDİNE ANTİBİYOTİK ULLANMA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER Mustafa N. İLHAN, Elif DURUKAN, Sevil ÖZGER İLHAN, F. Nur AKSAKAL, Seçil ÖZKAN, M. Ali BUMİN .....	629
İSTANBUL İLİNDE ÜÇ HASTANEDE AYAKTAN İZLENEN TİP II DİYABETİK HASTALARDA GLİSEMİK KONTROLÜN MALİYET ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ M. F. ÖNSÜZ, A. TOPUZOĞLU .....	630
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA DÜZENLERİNİ VE KENDİ KONUMLARINI DEĞERLENDİRMESİ Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK, Aslıhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK .....	631
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE HEKİMLERİNİN SUNDUKLARI SAĞLIK HİZMETİNİN KENDİLERİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK, Aslıhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK .....	632
AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ ÇALIŞMA DÜZENLERİNİ VE KENDİ KONUMLARINI DEĞERLENDİRMESİ Aslıhan ÇATIKER, Sevil ALBAYRAK, İlknur ÖZKAN, Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK .....	633

AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ SUNDUKLARI SAĞLIK HİZMETİNİN KENDİLERİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ Sevil ALBAYRAK, Aslıhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK .....	634
BALIKESİR MERKEZ 9 NO'LU SAĞLIK OCAĞINDAN HİZMET ALAN KİŞİLERİN VERİLEN HİZMET KONUSUNDA GÖRÜŞ VE DÜŞÜNCELERİ N. KARADAĞ, S.TÜRKER, Z. SARIDAYI, M. GÜN .....	635
BİR SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURAN 15-65 YAŞ KADINLARIN SAĞLIK OCAĞI HİZMETLERİNİ BİLME VE MEMNUN OLMA DURUMLARININ SAPTANMASI, ARALIK 2007, ANKARA Fehminaz TEMEL, Seda TOPTAL, Nazime SHERMATOVA, Tunay KİREMİTLİ, Taylan ŞAHİNGÖZLÜ, Levent AKIN .....	636
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURANLARIN BEKLENTİLERİ, HASTA HAKLARININ FARKINDA OLMA VE KULLANMA DURUMLARI M. SAYGUN, Z. A. ÇAKMAK, T. PINAR, N. ULU, E. SAYIN .....	637
DÜZCE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ Naile GÜRLEYİK ERKMAN .....	638
EBE, HEMŞİRE VE SAĞLIK MEMURLUĞU ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİ S. ALTIPARMAK, G. ASLAN .....	639
İŞİNDE KİMLER DAHA DOYUMLU? YÖNETENLER Mİ YOKSA YÖNETİLENLER Mİ? SAĞLIK ÖNETİCİLERİ VE ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER V. ŞENOL, A. ÖZTÜRK .....	640
İZMİR KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI Ş. T. GÜRSOY, M. ÇİÇEKLİOĞLU, F. AKSU, H. HASOY, A. DAVAS, R. DURUSOY .....	641
MANİSA İL MERKEZİNDEKİ İKİ KAMU HASTANESİNİN YATAN HASTA MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE BELİRLEYİCİLERİ S. DEVECİ, Y. KAPLAN .....	642
MANİSA'DA AİLE HEKİMLERİNİN HİZMET DENEYİMLERİ VE MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM DURUMLARI G. ATASOYLU, A. ÖĞRÜK, E. ERTÜRK, O. ÖZTÜRK, Z. TAY .....	643
MANİSA'DA KENT MERKEZİNDE HİZMET KULLANANLAR AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ P. ERBAY DÜNDAR, B. CENGİZ ÖZYURT .....	644
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ'NE YAKLAŞIMLARI N. NUR, S. L. ÖZŞAHİN, S. ÇETİNKAYA, H. SÜMER .....	645
SAĞLIK OCAKLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ: KONYA ÖRNEĞİ S. BODUR, E. FİLİZ .....	646
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER	



T. K. ŞAHİN, L. S. DEMİR .....	647
YOZGAT DEVLET HASTANESİ'NDE YATANLARIN. HASTANE OTELCİLİK HİZMETLERİNİ ALGILAYIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ M. KILIÇ .....	648
AYNI NEDENLER. AYNI YÖNTEMLER ve AYNI RİSK GRUPLARI: İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDEKİ BU TREND HİÇ DEĞİŞMEYECEK Mİ? V. ŞENOL .....	649
BİR SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURAN 15 YAŞ ÜZERİ KİŞİLERİN SAĞLIK KURUMLARINDA KÖTÜ MUAMELE GÖRME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Nüket PAKSOY ERBAYDAR, Zafer ÖZTEK, Uğur Nadir KARAKULAK, Tuğba KİP, Turgut DURAK .....	650
ESKİŞEHİR İLİ BEYLİKOVA İLÇESİ ÖĞRENCİLERİNDE ŞİDDET VE ŞİDDETLE İLİŞKİLİ RİSKLİ AVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ Selma METİNTAŞ, Cemalettin KALYONCU, Gültekin UYANIK, İnci ARIKAN .....	651
HATAY'DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET SIKLIĞI, TÜRLERİ VE ÖNLEMLER Tacetin İNANDI, Selim MATKAP, Ebru TURHAN, Rıyat KINMIZIOĞLU .....	652
KADINA YÖNELİK EV İÇİ ŞİDDET VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER T. G. TELATAR, A. AKIN .....	653
KAYSERİ İLİNDE SEÇİLMİŞ İKİ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE KADINLARIN ŞİDDETE BAKIŞ AÇILARI Melis NAÇAR, Zeynep BAYKAN, Serpil POYRAZOĞLU, Fevziye ÇETİNKAYA, İsmail KÖSE, Ayşegül ARDIÇ .....	654
TIP FAKÜLTESİ DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİNİN AİLE İÇİ ŞİDDETTE FARKINDALIK DURUMLARI G. AĞRIDAĞ .....	655
YAZILI MEDYADA KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARI E. USKUN .....	656
BİR TIP FAKÜLTESİ 5. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TIP EĞİTİMLERİ SÜRECİNDEKİ PRATİK UYGULAMALAR KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ Ercan GÖÇGELDİ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Muharrem UÇAR, Hakan YAREN, Süleyman CEYLAN .....	657
BİR TIP FAKÜLTESİ ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNİN PRATİSYEN HEKİM OLARAK YETERLİLİK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Ercan GÖÇGELDİ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Necmettin KOÇAK, Süleyman CEYLAN, Muharrem UÇAR .....	658
BİR TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ SINIFINDA UYGULANAN İLK YARDIM EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ E. USKUN, Y. SÖNMEZ .....	659
KOCAELİ TIP FAKÜLTESİ'NDE MEZUNİYET ÖNCESİ İŞYERİ HEKİMLİĞİ STAJI UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ C. İ. YAVUZ, O. HAMZAOĞLU, Ç. ÇAĞLAYAN, N. ETİLER .....	660
MUĞLA SAĞLIK YÜKSEKOKULUNDA EĞİTİM GÖREN SAĞLIK MEMURU ÖĞRENCİLERİNİN YENİ HEMŞİRELİK KANUNUNA GÖRE MESLEKİ TERCİHLERİ VE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	

M. PIÇAKCIEFE, M. S. BAYBUĞA, F. DERELİ, S. DEMİRCAN .....	661
SAĞLIK YÜKSEK OKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN ORGAN BAĞIŞI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI Berin BAYRAKLI, Tülay KUZLU AYYILDIZ.....	662
TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ YIL ÖĞRENCİLERİNİN EV ZİYARETLERİ PROGRAMINDA YARARLANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER G. AĞRIDAĞ, E. KARA .....	663
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KORUYUCU HİZMETLER VE SAĞLIĞIN SOSYAL BOYUTUNA İLİŞKİN TUTUMLARI DÖRDÜNCÜ SINIFTAN ALTINCI SINIFA KADAR DEĞİŞİYOR MU? M. TÜRK, M. ÇİÇEKLİOĞLU, Z. ÖCEK, Ş. T. GÜRSOY, F. AKSU .....	664
TIP ÖĞRENCİLERİNİN DUYGUSAL BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ Naim NUR, Sefa Levent ÖZŞAHİN, Selma ÇETİNKAYA, Ergün Haldun SÜMER.....	665
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KAN BAĞIŞI İLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUM VE DAVRANIŞLARI Saliha ALTIPARMAK .....	666
<b>İNDEKS</b> .....	<b>667</b>

## B İ L İ M S E L P R O G R A M

### 12. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ “Cumhuriyet’ten Bugüne ve Geleceğe Sağlık” 21-25 Ekim 2008 Ankara

#### 22 Ekim 2008, ÇARŞAMBA (Salon A)

8.00-9.00 Kayıt

9.00-9.30 Açılış Konuşmaları

9.30-10.15 Açılış Konferansı

Cumhuriyet’ten Günümüze Sağlık *Prof. Dr. Recep AKDUR*

10.15-10.45 Ara

10.45-12.30 Panel

Sağlıkta Dönüşüm Süreci Getirdikleri ve Götürdükleri

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ*

• Sağlıkta Dönüşüm *Prof. Dr. Sefer AYCAN*

• Sağlıkta dönüşüm sağlık çalışanlarına ne getiriyor? Doç. Dr. *Muzaffer ESKİOCAK*

• Tam gün yasası, özel hastanelerin durumu, gelecekte sağlık hizmeti ne olacak? Doç. Dr. *Kayhan PALA*

• Sağlıkta Dönüşüm sürecinde sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları *Uz. Dr. Ali Rıza ÜÇER*

• Ne yapmalı? *Prof. Dr. Ahmet SALTİK*

12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

---

#### 13.30 15.00 Panel (Salon A) 22 Ekim 2008 Çarşamba

Sağlıkta Eşitsizlikler, Sosyal Belirleyiciler

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Ahmet SALTİK, Doç. Dr. Aytül ÇAKMAK*

• Terminoloji, kavramlar, sağlıkta eşitsizlik sınıflamaları *Doç. Dr. İlker BELEK*

• Eşitsizliğin belirlenmesinde kullanılan ölçütler *Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU*

• Sosyo-ekonomik, bölgesel ve coğrafi eşitsizlikler *Prof. Dr. Alpaslan IŞIKLI*

• Eşitsizliği önlemede halk sağlığı açısından yapılabilecekler *Prof. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU*

15.00-15.30 ARA

15.30- 17.00 Panel

Avrupa Birliği ve Sağlık

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Hikmet PEKCAN, Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK*

• Genel Bakış, Stratejilerinde DSÖ’den temel farklılıkları *Prof. Dr. Seval AKGÜN*

• Avrupa Birliği Halk Sağlığı Temel Strateji ve Prensipleri *Dr. Figen TUNÇKANAT*

• Enstitüler, Programlar, Projeler *Doç. Dr. Nilay BAŞARAN*

17.00-18.30 Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Prof. Dr. Cemil ÖZCAN*

---

#### 13.30-15.00 Panel (Salon B ) 22 Ekim 2008 Çarşamba

KOAH Salgını

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Arslan TUNÇBİLEK, Prof. Dr. Numan NUMANOĞLU*

- KOAH yükü *Prof. Dr. Ali KOCABAŞ*
- KOAH tanısında sorunlar *Prof. Dr. Sevgi SARYAL*
- KOAH ve eşlik eden durumlar komorbidite *Doç. Dr. Esen KIYAN*
- KOAH tedavisinde sorunlar *Prof. Dr. Nurhayat YILDIRIM*

#### **15.00-15.30 ARA**

#### **15.30- 17.00 Panel**

Bağışıklamada Karar Verme Süreci:HPV Aşısı Örneği

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Aysun İDİL, Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT*

- Bağışıklama programı kararı oluşturma *Prof. Dr. Levent AKIN*
- Bağışıklama kararında maliyet-etkililik: HPV örneğinde dünyadaki yaklaşımlar *Uz.Dr. Oya AFŞAR*
- HPV aşısının serviks kanserinden korunmadaki yeri ve önemi *Prof. Dr. İlkan DÜNDER*
- Türkiye’de birincil korunmada HPV aşısının önemi ve uygulamadaki yeri ne olmalı? *Prof. Dr. Feride AKSU*

#### **17.00-18.30 Bildiri Sunumları**

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Melikşah ERTEM, Prof. Dr. Selma KARABEY*

---

#### **13.30 -15.00 Panel (Salon C) 22 Ekim 2008 Çarşamba**

Toplumda Madde Kullanım Bozukluğu ve Sorunları

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE, Prof. Dr. Haldun SÜMER*

- Türkiye’de Madde Kullanımı ve AMATEM’ler *Doç.Dr. Nesrin DİLBAZ*
- Türkiye’de Sağlık Bakanlığının Madde Kullanımını Önleme ve Kontrolü Programları *Dr. Sevgi SUÇİN*
- Türkiye’de Madde Kullanım Eylem Planı ve TUBİM’in Rolü *Dr. Cüneyt GÜRER*
- Madde Kullanımında Yasal Boyut *Doç.Dr. Gökhan ORAL*

#### **15.00-15.30 ARA**

#### **15.30- 17.00 Panel**

Türkiye’de Su Sorunu

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Mehmet Ali BUMİN, Prof. Dr. Bedia Ayhan ÖZYILDIRIM*

Su politikaları *Prof. Dr. Nesrin ALGAN*

Halk sağlığı boyutu *Doç.Dr. Ömer Faruk TEKBAŞ*

Çevre Boyutu *Yunus ARIKAN*

Türkiye’de su kaynakları ve kullanıma sunumu *Prof. Dr. Muhsin AKBABA*

#### **17.00-18.30 Bildiri Sunumları**

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ*

---

#### **17.30-18.30 Kongre Genel Kurulu ( Anabilim Dalı Başkanları Toplantısı)**

**19.00-20.00 Ödül Töreni (Halk Sağlığı Dostu Yönetici Ödülü)ve Sinevizyon**

**20.00- Açılış Kokteyli**

## 23 Ekim 2008 PERŞEMBE (Salon A)

### 9.00-10.30 Panel

Türkiye’de ve Dünyada Kardiyovasküler Hastalıklar ve Kontrolü

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Çetin EROL, Prof. Dr. Mehmet AKTEKİN*

- Dünyada Kalp Hastalıkları *Prof. Dr. Meltem ÇÖL*
- Türkiye’de Kalp Hastalıkları *Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA*
- Kalp hastalıkları programlarını izlemede kullanılan ölçütler *Doç. Dr. Sibel KALAÇA*
- Kalp hastalıklarının önlenmesinde halk sağlığının rolü *Dr. Nazan YARDIM*

### 10.30-11.00 ARA

### 11.00-12.30 Panel

Sağlık hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Zafer ÖZTEK, Prof. Dr. Melda KARAVUŞ*

- Sağlık hizmetlerinde kalite, akreditasyon ve sertifikasyon kavramı kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesinde akreditasyonun yeri *Prof. Dr. Seval AKGÜN*
- Ülke düzeyinde sürekli kalite iyileştirme modelleri geliştirme yöntemleri, yarattığı katma değer ve kazanımlar *Dr. Hasan GÜLER*
- Sağlık hizmetlerinde kurumsal bazda uygulanan değişik kalite ve akreditasyon modelleri *Dr. Hasan KUŞ*

### 12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

### 13.30 14.30 HASUDER TOPLANTISI (Salon A)

### 14.30-15.15 Halk Sağlığı Asistan Oturumu

Forum: Var mıyız yok muyuz

Oturum Başkanı: *Ary. Gör. Dr. Funda SEVENCAN*

Halk Sağlığı Asistan Oturumlarının Dünü, Bugünü ve Geleceği *Ary. Gör. Dr. Emine BARAN*

### 15.15-15.30 ARA

### 15.30- 17.00 Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Servet ÖZGÜR, Prof. Dr. Gamze ÇAN*

### 17.00-18.30 ÇALIŞTAY

## 23 Ekim 2008 PERŞEMBE (Salon B)

### 9.00-10.30 İkili Konferans

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK, Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK*

1-Halk Sağlığında Yaşam Kalitesi ve Tutum Ölçekleri *Prof. Dr. Erhan ESER*

2-Tüberküloz *Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU*

### 10.30-11.00 ARA

### 11.00-12.30 Panel

Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunu: Yeti Yitimi

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Gül ERGÖR, Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL*

- Dünyada ve Türkiye’de yeti yitimi *Prof. Dr. Selma METİNTAŞ*
- ICF bağlamında tanınlar ve özürllü değerlendirilmesi *Uz. Dr. Berrin ERTÜRK*
- Yasal durum *Av. Fermani KURTEL*
- Görme engellilerin rehabilitasyonu *Prof. Dr. Aysun İDİL*

### 12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

### 15.30- 17.00 Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Faruk YORULMAZ, Prof. Dr. Meltem ÇÖL*

### 17.00-18.30 ÇALIŞTAY

### 20.00- GALA YEMEĞİ

## 23 Ekim 2008, PERŞEMBE (Salon C)

### 9.00-10.30 Panel

Gıda Güvenliği

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Metin HASDE, Doç. Dr. Süleyman CEYLAN*

- Toplum sağlığı açısından gıda katkı maddeleri *Doç. Dr. Recai OĞUR*
- Gıda güvenliğinde kritik kontrol noktalarında tehlike analizi *Doç. Dr. Mahir GÜLEÇ*
- Güncel su ve besin kaynaklı enfeksiyonlardan korunma *Yrd. Doç. Dr. H. Cem GÜL*

### 10.30-11.00 ARA

### 11.00-12.30 Panel

Üreme Sağlığında ve Cinsel Sağlıkta Hedef Grup Adolesanlara Yaklaşım ve Erkeklerin Katılımı

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Ayşen BULUT, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN*

- Erkeklerde üreme ve cinsel sağlığa katılım *Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA*
- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığında karşılanmamış gereksinimleri *Dr. Selen ÖRS*
- Gençlik CSÜS eğitiminde akran eğitimi örneğinin irdelenmesi *Fatma HACIOĞLU*

### 12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

### 15.30- 17.00 Bildiri Sunumları

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Said BODUR, Prof. Dr. Perran TOKSÖZ*

### 17.00-18.30 ÇALIŞTAY

## 24 Ekim 2008 CUMA (Salon A)

### 9.00-10.30 Proje Sunumları Oturumu

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Erdal BEŞER, Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN*

- Balçova'nın Kalbi projesi *Prof. Dr. Gül ERGÖR*
- Engellilerde yaşam kalitesi, hizmet kapsayıcılığı ve engellilere yönelik tutum *Prof. Dr. Erhan ESER, Uz. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT*

◦ Sigara bırakma ünitesi çalışmalarında halk sağlığı *Prof. Dr. Yasemin AÇIK*

◦ Okul çağı çocuklarında sağlık davranışları *Doç. Dr. Ethem ERGİNÖZ*

### 10.30 -11.00 ARA

### 11.00-12.30 Panel

Cumhuriyetten Bugüne Sağlık Göstergelerindeki Değişimler

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA, Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI*

- Temel sağlık ve üreme sağlığı göstergelerindeki değişimler *Prof. Dr. Ayşe AKIN*
- Bulaşıcı hastalıkların sıklık trendleri ve sağlık politikaları ile ilişkisi *Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU*
- Sağlık Hizmet düzeyi göstergelerindeki değişimler *Doç. Dr. Bülent KILIÇ*
- İnsan gücü profili ve özlük hakları politikaları değişimi *Prof. Dr. Onur HAMZAÖĞLU*
- Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze sağlık hizmetleri felsefesindeki değişim *Doç. Dr. Tacettin İNANDI*

### 12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

### 13.30 15.00 Forum

Öğrenci Gözüyle Halk Sağlığı Eğitimi *Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA*

### 15.00-15.30 ARA

### 15.30- 16.30 ÇALIŞTAY RAPORLARININ SUNUMU

### 16.30 -17.00 KAPANIŞ

## 24 Ekim 2008 CUMA (Salon B)

### 9.00-10.30 İkilik Konferans

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Çağatay GÜLER, Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN*

- İç Göçler *Prof. Dr. Sabahat TEZCAN*
- Okul Sağlığında yeni yaklaşımlar *Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA*

### 10.30-11.00 ARA

### 11.00-12.30 Panel

Türkiye'de İş sağlığı ve İş Sağlığı Eğitim Programları

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Şanda ÇALI, Prof. Dr. Remzi AYGÜN*

- Genel olarak Türkiye'de iş-işçi sağlığının durumu *Prof. Dr. Gürhan FİŞEK*
- Üniversitelerde lisans ve lisansüstü eğitimde iş sağlığının durumu *Prof. Dr. Hilmi SABUNCU*
- TTB, Sendikalar, TMMOB, Uluslararası Kuruluşlar, ILO'nun eğitim sürecinde konumu *Doç. Dr. Alp ERGÖR*
- Kamunun, Çzellikle Çalışma Bakanlığı ve ilgili birimlerinin iş sağlığı eğitimindeki konumu *PhD. Dr. Bülent PİYAL*

### 12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

### 13.30 15.00 Forum (Sahada Çalışan Halk Sağlıkçılar Oturumu)

### 13.30-14.15 Deneyimler Işığında Alanda Halk Sağlığı Değişim Stratejileri

Oturum Başkanı: *Uzm. Dr. Deniz AKGÜN*

- Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi Toplum Hekimliği Modelinin Güncel Önemi *Uzm. Dr. Derman BOZTOK*
- Adıyaman 2 No'lu Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Hizmetleri ile Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi *Uzm. Dr. Binali ÇATAK*
- Düzce'deki Ölü Doğumların Bebek Ölümünün Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi *Uzm. Dr. Nasır NESANIR*

### 14.15-15.00 Tartışma ve Forum

## 24 Ekim 2008 CUMA (Salon C)

### 9.00-10.30 Üçlü Konferans

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Cemalettin KALYONCU, Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU*

- Dünyadaki gelişmeler ışığında tek tıp tek sağlık *Veteriner Hekim Arzu TEMİZYÜREK*
- Ağız ve diş sağlığında durum *Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN*
- Tütün kontrolünde gelinen yer *Prof. Dr. Nazmi BİLİR*

### 10.30-11.00 ARA

### 11.00-12.30 Panel

Sağlık Çalışanlarının Güvenliği ve Sorunları

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN, Prof. Dr. Rengin ERDAL**

- Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Mesleki Riskleri-Genel Çerçeve *Uzm. Dr. Buhara ÖNAL*
- Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet *Prof. Dr. Gülümser KUBLAY*
- Şiddete maruz kalan bir sağlık çalışanı gözüyle şiddet *Prof. Dr. Rauf HAZNEDAR*
- Çözüm önerileri *Dr. Aytuğ BALCIOĞLU*

### 12.30-13.30 ÖĞLEN YEMEĞİ ARASI

### 13.30-15.00 TTB Halk Sağlığı Kolu Oturumu

Halk Sağlığı Kolunun Son Bir Yıldaki Etkinlikleri

**Çalıştay Konuları:**

- 1- Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi - Halk Sağlığı Yüksek Lisans ve Doktora Programları (HASUDER)
- 2- Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık Reformuna Alternatif Yöntemler-Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Halk Sağlığının Konumu (HASUDER)
- 3- Halk Sağlığı ve Etik (Ankara Tıp Halk Sağlığı ve HASUDER)



# **KONUŞMACI METİNLERİ**



## CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE SAĞLIK

**Prof. Dr. Recep AKDUR**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

### 1. GİRİŞ

Bir ülkedeki "sağlık" tanımlanmak istendiğinde, bu tanımlamaya esas oluşturan; "sağlık politikası", "sağlık hizmetlerinin düzeyi" ve "toplumun sağlık düzeyi" olarak adlandırılan üç bileşen üzerinde durulur.

Bu bileşenlerden birincisine kaynaklık eden, politika kavramı için çeşitli tanımlar verilebilmektedir. Bunlardan birisinde, politika; "toplum yaşamının her alanını benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak" olarak tanımlanır. Buradan yola çıkıldığında, sağlık politikası; bir ülkedeki, "sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak" olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörünü yapılandırmada kullanılan üç temel araç ise; insan gücü, örgütlenme ve finansmandır.

Sağlık hizmetlerinin düzeyi ile; sağlığa ayrılan para, sağlık insan gücü ve sağlık hizmetlerinin fizik altyapısı gibi genellikle toplumun ya da yönetimin sağlık hizmetlerine ayırmış olduğu kaynakların miktarı ve niteliği anlatılmak istenir. Doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi ölçeklerle ölçülen sağlık düzeyinden ise; uygulanan politikalar ve ayrılan kaynaklar sonucunda toplumun ulaştığı olduğu yaşam kalitesi ve sağlıklılık düzeyi kastedilir.

Bir ülkenin "belli bir zaman dilimindeki" sağlığını tanımlanmak için, sağlığı tanımlamaya esas oluşturan üç bileşenin bu zaman dilimi içindeki izlediği çizgi ve gelinen noktadaki durumu belirlenir. Başka bir söylemle gelinen tarihteki sağlık düzeyi, geçmiş ve diğer ülkeler ile kıyaslanarak bir durum saptaması yapılır.

Bu metinde bu tanımlamalara ve yaklaşıma uygun bir yol izlenerek, 1923'ten günümüze dek uygulanan sağlık politikaları ile o yıldan günümüze sağlık hizmetlerinin düzeyi ve toplumun sağlık düzeyinin değişimi verilerek, günümüzdeki durumu geçmiş ve diğer bazı ülkelerle kıyaslanarak bir sonuç çıkarılmaya çalışılmıştır.

## 2. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE İZLENEN SAĞLIK POLİTİKALARI

### 2.1. Sağlık Politikalarına M.K. Atatürk'ün Etkisi

İmparatorluk döneminde, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etibba (Hekim Başı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır (4,7).

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile, Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun'u ile, Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir (5,7,8).

Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o günlerde yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurulması, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir (5).

Yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak TBMM'since seçilen Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının temellerinin bu yıllarda atıldığını söylemek yanlış olmaz (3).

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerine ve yapılandırılmasına olağan üstü bir önem ve öncelik verilmiştir. Öyle ki, TBMM'sinin ana meşguliyetlerinden birisi sağlık hizmetleri ve yapılandırılmasıdır. Nitekim 1923'ü izleyen on üç

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yıl içinde sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi amacıyla 50 yasa çıkarılmış ve yürürlüğe konulmuştur(6). Bunların hepsinin ilk, kurucu ve kapsamlı yasalar olduğu göz önüne alındığında konunun önemi daha da belirgin hale gelir.

1928 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan, sağlık mesleklerinin nasıl yürütüleceğine açıklık ve disiplin getiren "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" Cumhuriyetin bu alandaki en büyük eserlerinden biri olarak kabul edilebilir. Aynı şekilde, 1930 yılında çıkarılan "1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu" o dönemin en ileri sağlık yasalarından biridir. Uluslararası alanda da, Sovyetler Birliği hariç, ne Türkiye'ye komşu ülkelerde ne de Yakın Asya, Orta Doğu ve bir çok Avrupa ülkesinde benzer genel bir sağlık yasası yoktu. Yasa o denli toplumsal bir içerik taşıyordu ki, yasanın bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15'i "koruyucu sağlık hizmetleri" ile ilgiliydi (8).

Kurtuluş savaşı ile, emperyalist işgalinden kurtularak, bağımsız Türk devletinin kurulması, yeni bir devlet kurmanın ötesinde, toplum ve devlet yaşamının her alanının "ulusçuluk" ve "halkçılık" ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılanmasını da içermektedir(8) .

23 Nisan 1920'de çalışmaya başlayan TBMM, çıkardığı yasalarla, daha Cumhuriyet ilan edilmeden Cumhuriyetin kuruluş ilkelerini yaşama geçiriyor, başka bir söylemle adım adım Cumhuriyeti kuruyordu. TBMM'nce çıkarılan bir numaralı kanun vergi kanunudur; "vergi verilmeden ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi", iki numaralı kanun İhaneti Vataniye Kanunu; "ulusal birlik sağlanmadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi", üç numaralı kanun Sıhhiye ve Muavenatı İctimaiye Vekaleti'nin kuruluş kanunu; "ulusun sağlığını sağlanmadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi"nin yaşama geçirilmesinden başka bir şey değildir.

TC Devleti ve ulusunu yeniden yapılandırmanın yolunu başka bir söylemle felsefesini bizzat Atatürk belirlemiştir. Ekim 1927 toplanan CHP 2. Kurultay'ında, 15 Ekim'de okumaya başladığı ve 20 Ekim'de tamamladığı "Büyük Nutuk"u ile kayıt altına alınan, Atatürk'ün "Cumhuriyetçilik", "Halkçılık", "Milliyetçilik", "Laiklik" ilkeleri, Partinin de dört temel ilkesi olarak benimsenmiştir. Bu ilkeler, 10 Mayıs 1931 toplanan 3.Kurultay'daki Atatürk'ün konuşması ile "Devletçilik" ve "Devrimcilik" ilkeleri de eklenmiştir. Kısaca "Altı Ok" olarak adlandırılan bu altı ilke, CHP Parti Tüzüğü ve Programına da girdi. Şubat 1937'de yapılan bir Anayasa değişikliğiyle, bu ilkeler TC Anayasası'nda da yerini aldı ve devletin felsefesini oluşturan temel ilkeler haline geldi.

Bu ve benzeri ilkelerden oluşan felsefenin günlük yaşama geçirilmesi 1938'e dek bizzat Atatürk tarafından yürütülmüş ve gözetilmiştir. Bu felsefe Atatürk'ün ölümünden sonra, çeşitli odaklarca şurasından burasından zedelense de, 1950 yılına dek yürürlükte kalmıştır.

Atatürk, başta TBMM'ndeki konuşmaları olmak üzere, her fırsatta sağlık sorunlarına değinerek, hükümete ve ilgililere yol gösterici direktifler vermiştir. Bunlardan bazıları tarih sırasına göre aşağıda verilmiştir (11). Bu sözler, Atatürk'ün sağlık hizmetlerine verdiği önemi ve konuya yaklaşımını, felsefesini gayet açık bir şekilde göstermektedir.

1922- (1 Mart 1922 Tarihinde TBMM'ni açarken yaptığı konuşmadan) Sağlık ve sosyal yardım hususlarında takip ettiğimiz gaye şudur: Milletimizin sıhhatinin korunması ve takviyesi, ölümün azaltılması, nüfusun artırılması, bulaşıcı ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli bir halde sıhhatli vücutlar olarak yetiştirilmesi...

1924- Zamanımıza kadar genel sağlığın uğradığı ihmalin derecesi, mücadele yoluna girildikçe daha kuvvetli kendisini göstermektedir.

1925- Sağlık teşkilatımızda, memleketin ihtiyaçlarına uygun isabet ve gayret açık olarak görülmektedir. Cumhuriyet Hükümeti'nin başlı başına bir esas olarak muvaffakiyetle izlediği sıhhat mücadelesine, gittikçe vasıtalarını artıran genişlikle devam olunmak lâzımdır ve mühimdir.

1926- Bir toplum yalnız spor ile rengini ve gücünü değiştiremez. Orada hâkim olan sıhâtî, sosyal, medenî birçok gerek ve şartların teminine yönelen teşebbüs ve tedbirlerin uygulanması lazımdır.

1926- Köylülerimiz, köy çocukları denilebilir ki bütün hayatlarını tarlada, meralarda hareket ve beden çalışması içinde geçirirler. Fakat gereken şekilde, ilim ve fen kurallarına göre olmadığı için gayenin istediği netice beklenemez. Türk ırkında mazinin uğursuz, olumsuz, mânasız izleri kalmıştır. Tarihlerde dünya hâkimi olmuş koskoca Türk milletine

bugünkü neslimiz mirasçı olduğu zamanda, bu koca milleti biraz zayıf, biraz hasta, biraz cılız bulmuştur. Efendiler, gürbüz, yavuz evlâtlar isterim!

1929- Her nevi sağlık mücadelesini, mümkün olan derecede çabuk ve geniş bir surette takip etmek, başlıca hedeflerden olmaya lâyıktır. 1929

1935- Türk'e ev ve bark olan her yer, sağlığın, temizliğin, güzelliğin, çağdaş kültürün örneği olacaktır.

1937- Kendine, inkılâbın ve inkılapçılığın çeşitli ve hayati vazifeler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman, üzerinde dikkatle durulacak milli meselemizdir.

Bu söz ve uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Atatürk, her şeyden önce sağlık hizmetlerini önemli bir ulusal sorun olarak görüyor. Kamu eliyle yürütülen, hizmetlere bütüncül bir yaklaşımla yaklaşan ve koruyucu hizmetlerin, çevre sağlığı hizmetlerinin merkezde olduğu bir sağlık sektöründen yanadır.

### 2.2. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923..)

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür(12). Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstererek, hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurmuş, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, çağdaş anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen de etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.

Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilmiş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamak ve koruyucu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yönde kullanılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi düşüncesi benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erekle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması, desteklenip özendirilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bir yandan sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için çaba harcanırken, öte yandan da, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için çaba harcanmıştır. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır. Tıp öğrencileri için yurt açılması ve sağlık personeli için yatılı okullar açılması yolu ile personel sayısının artırılması yönüne gidilmiştir. Kamuda, özellikle kırsalda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları özendirilmiştir.

Özetle, Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, sağlık ile ilgili hizmetlerin tümü asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak algılanmış, ancak bu görevler devletin çeşitli organları (merkezi hükümet, il özel idareleri ve belediyeler gibi) arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ve personelinin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir.

### 2.3. Dr. Behçet Uz Dönemi (1946...)

Dr. Saydam Dönemi'nden sonra sağlık politikası anlamındaki ilk önemli girişim; 1946 -1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, koruyucu iyileştirici vb sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlandınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü (5).

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanılması hedeflenmişti (7).

### 2.4. Demokrat Parti Dönemi (1950..)

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) yönetimi tek elde toplanmış ve hastanecilik hizmetleri tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir olmuştur.

Bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi, basat hale getirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Bu durum sağlık politikası alanında ikircikli bir yapı oluşmasına neden olmuş, bu alana kamu yatırımları azaltılmış ve yataklı tedavi kuruluşlarının kamu eliyle Anadolu'ya yayılmasının hızı kesilmiştir. Sonuçta, tedavi edici hizmetler alanında halkın artan talepleri karşılanamaz hale gelmiştir (5). Bunun bir sonucu olarak, kurum ve kuruluşlar kendine bağlı nüfusun tedavi taleplerini karşılamak üzere, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneği yasası 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Arkasından hemen hemen tüm bakanlıklar ve hatta büyük KİT'ler kendi hastanelerini kurmaya başlamıştır. Sonuçta, sağlık sektörü, tedavi hizmetleri ağırlıklı, çok merkezli ve eşgüdümsüz bir yapıya sahip olmuştur.

### 2.5. Sosyalleştirme Dönemi (1960..)

İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik vermiştir. Bu doğrultuda hazırlanan, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri yeniden asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, sağlık hizmetlerinde özel sektörün basat kılınması girişimlerinin önü kesilmiştir.

1961 Anayasa'sının 48. ve 49. maddeleri doğrultusunda hazırlanan. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, "sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği" belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi / örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr.Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır (3).

Uygulamasına. 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülmüştü. Program tüm Türkiye'ye yaygınlaştığında, belli bir sistemden yoksun olarak ve birçok kuruluşça ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanacaktı.

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünlendirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır.

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikaların ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye yansması uzun zaman almamış ve yönetime bu görüşlere sahip iktidarların gelmiştir. İktidara geçen hükümetlerin sahip olduğu neoliberal politikalarla, 224 sayılı yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı haline getirilerek, sosyalleştirmenin başarısını engelleyen bir ortam yaratılmıştır (10).

1970'li yıllardan sonra sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemiş olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının pratikteki uygulama araçları olan finansman, örgütlenme ve insan gücü konularında da bir karmaşa, belirsizlik ve ikirciklik vardır. Örneğin: finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmış, belirgin ve kesin bir sağlık finansman yolu seçilememiştir. Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimlerinin bir karması uygulanmıştır. İnsan gücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilemez. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri yan yana var olmuş, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur. Örneğin: aynı hekim hem devlet memuru, hem bir kurumda sözleşmeli ek görevli hem de özel muayenesinde çalışıyordu. Özetle, Türkiye'de ne sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında, belirlenmiş ve kararlaştırılmış net bir ortam yok idi.

Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamış, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamıştır. Yönetimde kariyer ve liyakat gözetilmez olmuş ve çağdaş bir sağlık idaresi kurulamamıştır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarla yürütülmektedir. Sektöre hakim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir ortama dönüşmüştür.

## 2.6. Aktif Özelleştirme Dönemi (1980..)

24 Ocak 1980 Kararları ile neoliberal görüş ,resmi ve yazılı devlet politikası haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda yer alan ve "sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren" maddeler 1982 Anayasası ile kaldırılarak onların yerine, "bu hizmetleri devletin gözeceğini, düzenleyeceğini" ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.

Türkiye'de 1980'den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen bu yeni politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erkle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Gelinen noktada bulunan çözüm ise, genel hatları ile: hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan "aile hekimliği"nin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özelleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası "genel sağlık sigortası" üzerine oturtulmuş "özel sigortacılık ve cepten ödeme" dir .

Bu program 59. ve 60. hükümetlerce hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm paketi ile yürürlüğe sokulmuştur. Başka bir söylemle, Sağlıkta dönüşüm, 1980'den bu yana reform adı altında uygulanmak istenen programın uygulamaya

sokulmasından başka bir şey değildir. Bu program ile sağlık ocaklarının yerine "aile hekimliği" adı altında muayenehaneye dayalı sisteme geçiş yapılmaktadır. Hastaneler işletme haline getirilmiş ve hızla özelleştirilmektedir. Finansmanda ise kamu sigortası aracılığı ile özel sigortacılığa geçişin alt yapısı oluşturulacaktır. Personel istihdamı tamamen özel ve sözleşmeli istihdam haline getirilmeye çalışılmaktadır. Özetle, günümüzde, kamu eliyle yürütülen "ulusçu" ve "halkçı" sağlık politikası tamamen terk edilerek, onun yerine ulus ötesi sermaye ile bütünleşmiş özel kişi ve kuruluşlarca yürütülen piyasacı bir sağlık politikasına geçilmiştir.

### 3. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜZEYİ

#### 3.1. İnsan gücü Uygulamaları

Uygulama farklılıkları ya da ayrıntılar bir yana bırakılır ve konuya temel politika düzeyinde bakılır ise; Cumhuriyetten günümüze dek, izlenen sağlık insan gücü politikasında iki ayrı dönem dikkati çekmektedir. Bunlardan birisi Cumhuriyet'in kurulması sırasında başlayarak 1980'lere dek süren dönem, diğeri de 1980'lerden günümüze dek süren ve günlük uygulamaları 2003'ten sonra hız kazanan dönemdir. Başka bir anlatımla Osmanlıdan günümüze dek sağlık insan gücü politikası açısından, biri Cumhuriyet'in kurulması sırasında, diğeri de 1980'li yıllarda olmak üzere iki dönemeç yaşanmıştır.

Osmanlı döneminde, Sağlık personeli nitelik ve nicelik olarak çok yetersizdir. Hekimbaşı'lık ve buna bağlı az sayıdaki hekim ve sağlık personeli dışında kamu personeli yoktur. Yaygın halk kitleleri bugünkü anlamdaki hekim ve sağlık hizmetinden yoksun olup, daha çok bilim dışı kurum, kişi (mütetabbipler vb) ve davranışlardan çare arar durumdadır.

1923 yılında tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmete başlanmıştır. Hekim başına düşen nüfus 1923 yılında 30.000 dolayındadır. Bu sayılar Cumhuriyet yönetiminin çok yetersiz bir personel sayısı ile hizmete başladığını göstermesi açısından önemlidir (8).

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında, sağlık hizmetlerinin önemli ve öncelikli bir devlet görevi olarak algılanmasına koşut olarak; sağlık personeli yetiştirilmesi ve istihdamı da yine bir devlet görevi olarak algılanmıştır. Devlet tarafından yürütülen sağlık insan gücü uygulamalarının temelini; 1) sayıyı artırmak, 2) niteliği yükseltmek, 3) kamuda çalışmayı özendirme, 4) personeli yurt sathına yaymak özellikle kırsala göndermek, 5) uzman personel ile uçta çalışacak personel (pratisyen hekim, ebe, halk sağlığı hemşiresi vb) dengesini sağlamak düşünceleri veya amaçları oluşturmuştur. Bunlara diğer bazıları eklenebilir ise de, bu dönemdeki uygulamaların hemen tümünün altında sayılan bu beş amacın yattığı görülür.

Leyli tıp Talebe Yurtları uygulaması ile, burada kalan tıp öğrencilerinin tüm gereksinimleri devlet tarafından karşılanarak, bir yandan tıp fakültesine girecek öğrenciler özendirilmiş ve sayısı artırılmış öte yandan da bu yurtlarda kalarak hekim olanlara, belli bir süre mecburi hizmet yaptırılarak kırsal ve kamuda (hükümet tabiplikleri) çalışan hekim sayısı artırılmaya çalışılmıştır. Hükümet tabipliklerinde çalışanlara yüksek ücret uygulaması getirilerek hem hekimlerin kamuda çalışması özendirilmiş hem de pratisyen uzman dengesi kurulmaya çalışılmıştır.

Diğer sağlık personelinin yetiştiren kurs ve okullar hızla açılarak nitel ve nicel yönden yetersizlik giderilmeye çalışılmıştır.

Tüm kamuda çalışan hekim ve sağlık personelinin atamaları tek elde ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığında toplanarak disiplin altına alınmıştır. Atama ve yükseltmelerde tarafsızlık ve hakkaniyeti sağlamak ereğiyle tüm atama ve yükseltmeler "Bakanlık Encümeni" adı verilen kurulda incelenerek / kararlaştırılarak yapılmıştır. Bakanlığın tüm birim amirlerinden oluşan bu kurulun, bazı istisnalar dışında, kararlarında oybirliği esas alınmıştır. Personelin atanma ve yükseltilmesinde liyakat ve kariyere olabildiğince özen gösterilmiştir. Böylece personelin kendi sınıfı içinde üst derece ve makamlara yükselebileceği yolları açık tutularak yaygın bir hakkaniyet duygusu ve düşüncesi sağlanmıştır. Bu dizden olmak üzere, sağlık müdürlüğü belli bir süre ve belli yerlerde çalışmış ve kendini kanıtlamış olanlar arasından seçilmiştir. Müsteşarlık ve genel müdürlük gibi makamlara en uçtan başlayarak kademe kademe yükselen hekimler getirilmiştir.



Bu dönemde "hekimin amir hekim olması" ilkesine özen gösterilmiş ve belli idari birimler dışında kalan birimlerin amirliklerinin hekim olması yasa gereği haline getirilmiştir.

Bu uygulamalar oldukça başarılı sonuçlar vermiş, Cumhuriyetin ilk yıllarında 554 hekim varken, bu sayı 1928'de 1078'e, 1940'ta 1500'e, 2002 yılında ise 95190'a ulaşmıştır(14). Günümüzde bu sayının 100 bini aştığı bilinmektedir. Aynı şekilde 1928 yılında 130 olan hemşire sayısı 1940'ta 405'e 2002 yılında ise, 79059'a yükselmiştir. Başka bir anlatımla: 1930 yılında bir hekime 12217 kişi, bir hemşireye 71485 kişi ve bir eczacıya 113701 kişi düşerken, 2000 yılında bu sayılar sırası ile: 792, 942, 2898 olmuştur(14).

**Çizelge-1: Türkiye'de Bir Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1930-2000)**

YIL	HEKİM	HEMŞİRE	ECZACI
1930	12217	71485	113701
1940	11819	43773	137426
1950	6890	28859	160054
1960	2799	11366	19563
1970	2228	4016	11731
1980	1631	1653	3685
1990	1109	1248	3556
2000	792	942	2898

Kaynak: (14) İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535

**Çizelge-2 : Son Yıllarda Türkiye'de Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (1995-2003)**

Personel Grupları	YILLAR						
	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2003
Toplam Hekim Sayısı	69349	70947	73659	77344	81988	90757	97763
Uzman Hekim	29846	31126	32511	34189	36854	41907	46563
Pratisyen Hekim	39503	39821	41148	43155	45134	48850	51200
Diş Hekimi	11717	12406	12737	13421	14226	15866	18073
Eczacı	19090	19681	20557	21441	22065	22922	23632
Sağlık Memuru	39342	39165	39658	41461	43032	45560	50432
Hemşire	64243	64526	67265	69146	70270	75879	82246
Ebe	39551	38945	40230	41059	41271	41158	41273

Kaynak (15): Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

1960'lara gelindiğinde, hekim sayılarındaki ve niteliğinde sağlanan büyük iyileşmeye karşın, kırsal / kent, uzman / pratisyen ve kamu / özel dağılımındaki dengesizlik hala giderilememiştir. Özellikle kırsaldaki kamu kuruluşlarında,

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

başta hekim olmak üzere, çalıştırılacak sağlık personeli bulunamamıştır. 224 Sayılı Yasanın uygulamaları sırasında getirilen 1) sözleşmeli statü ve mahrumiyet ödeneği aracılığı ile yüksek ücret, 2) Sağlık ocağında çalışanlara uzmanlık sınavlarında sosyalleştirme puanı,3) öğrenci iken burs vererek karşılığında mecburi hizmet gibi uygulamalarda soruna köklü bir çözüm getirememiştir.

Cumhuriyetten sonra 1980'li yıllara dek personel istihdamı alanında getirilen; yatılı öğrencilik, burs, yüksek ücret, sınav puanı gibi uygulamaların hemen tamamı gönüllülük esasına dayanan ve özendirme yönelik uygulamalardır.

1970'lerin başına doğru, neoliberal akımın etkileri sağlık alanında da görülmeye başlamıştır. Bir yandan, sözleşmeli hekim çalıştırılması, mahrumiyet ödeneği, sağlık ocaklarında çalışanlara yüksek ücret verilmesi, uzmanlık giriş sınavlarında sosyalleştirme puanı verilmesi ve benzeri uygulamalar yürürlükten kaldırılarak sağlık personelinin kırsalda ve sosyalleştirilmiş hizmetlerde çalıştırmayı özendiren uygulamalardan vazgeçilirken öte yandan da sosyalleştirilmiş hizmetler alanına yapılan yatırımlar kısıtlanmıştır. Bu durum yalnızca sağlık ocaklarında çalışan hekimleri etkilememiş sosyalleştirilmiş illerde çalışan tüm personelin özlük haklarının büyük oranda gerilemesine neden olmuştur. Bu uygulamaların bir sonucu olarak; çalışan hekimlerin kır / kent, kamu / serbest dağılımındaki dengesizlikler tekrar derinleşmiş genelde kamuda özelde ise kırsalda çalışacak personel bulunamaz olmuştur.

Böyle bir ortamda, zamanın sağlık bakanı Dr. Mete Tan tarafından hazırlanarak 29.6.1978 tarihinde TBMM'de kabul edilen, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esaslarını Belirleyen Kanun, kamuda ve kırsalda çalışan sağlık personelinin ücretlerinde anlamlı bir yükselme getirmiştir. Bu uygulama hemen sonuç vermiş kamu kuruluşlarında ve kırsalda çalışan personelin sayısında önemli iyileşmeler görülmüştür. Bu uygulamaya da Eylül 1980 darbesi ile son verilmiştir.

1980 Darbesi ile topluma dayatılan yeniden yapılandırma hareketi ile birlikte sağlık politikası da kökten değişmiş, bunun alt bileşeni olan sağlık insan gücü politikası da bu değişimden büyük oranda etkilenmiştir. Bu değişimin başlıca uygulamaları şöyle özetlenebilir: 1) Kamuda çalışmayı özendirme uygulamalardan vazgeçilerek, gereksinim duyulan insan gücünü mecburi hizmet, rotasyon ve benzeri zorlama yöntemlerle sağlanmaya çalışılmıştır, 2) hekim ve diğer sağlık personeli sayısını hızla arttırılarak, bir yandan ücretler baskı altına alınırken öte yandan da kamu ve kırsalda çalışmalarını sağlanmak istenmiştir, 3) atama ve yükseltmelerde şeffaflığı ve hakkaniyeti sağlayan düzenekler ortadan kaldırılmıştır.

Bu amaçlarla, 21.08.1981 tarihinde 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun kabul edilmiş, plansız, programsız ve altyapısız onca tıp fakültesi ve sağlık meslek liseleri açılmıştır. Nitelik kaybetme pahasına her türden sağlık personelinin sayısında hızlı bir artış sağlanmıştır. Bu durum, bir yandan, sağlık personelinin niteliğini tartışılır hale getirmiş, öte yandan da açık ya da gizli işsizlik nedeni ile özlük haklarında baskı aracı işlevi görmüştür. Sonuçta kamuda çalışan sağlık personelinin benzer düzeydeki personele göre ücret ve diğer özlük haklarında büyük kayıplar ortaya çıkmıştır. Artan sayıya paralel olarak, serbest çalışma koşulları da ağırlaşmış ve bu şekilde çalışanların gelirlerinde de gerileme yaşanmıştır. Uygulamaların tüm bu olumsuzluklarına karşın, sağlık personelinin bölgeler ve kurumlar arasındaki dengesiz dağılımı giderilememiş özellikle kırsalda gerekli sayıda personel bulunamamıştır.

2003 yılından sonra, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık çalışanlarının tamamen serbest çalışması yönünde hızlı değişimler yaşanmaktadır. Özel sektörde çalışanların yanı sıra, Sağlık Bakanlığındaki Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamakta sözleşmeli statüye geçilmiştir, kamu hastanelerinde çalışanların ise sözleşmeli statüye geçişi için çalışmalar sürdürülmektedir.

Sağlık insan gücü alanındaki en önemli sorun; sağlık personelinin özellikle de hekimlerin kır ve kent arasında dengesiz dağılımıdır. Hekimlerin büyük yerleşim birimlerinde özellikle de üç büyük kentte yoğunlaşmasında, kuşkusuz onların, sosyal, kültürel ve coğrafi koşulların daha iyisini yeğlemesinin de rolü vardır. Ancak, bu dengesizlikte esas belirleyici olan; kır ve kent arasındaki sosyoekonomik gelişmişlik farkı ve dolayısı ile de hizmetlerin özellikle de özel sağlık kuruluşlarının ekonomik olarak gelişmiş olan kentlerde yoğunlaşmasıdır. Özel hizmetlerin kar olanaklarının iyi olduğu yerde yoğunlaşmasından daha doğal bir şey olamaz. Alınacak bazı özendirici önlemlerle bu etki kısmen azaltılabilir ancak yok edilemez.

Dağılımındaki dengesizlik kurumlar ve hizmet türleri arasında da kendini göstermektedir. Bu dengesizlikte: "eşit işe eşit ücret" ilkesine aykırı hareket edilmesi, sağlık personeli dağılımının tek elden yönlendirilmemesi, ve özellikle hekim istihdamında Sağlık Bakanlığı'nın baraj rolü oynaması yanında kurumların ürettiği sağlık hizmetlerinde kapasite artımı istememeleri gibi etmenler de rol oynamaktadır.

Öncelikli olarak ele alınması gereken diğer temel bir sorun alanı: sağlık insan gücünün ülkenin şartlarına ve önerilen sağlık sistemine uygun olarak eğitilmemesidir.

Sorunlardan bir diğeri de sağlık çalışanlarının yarı zamanlı veya çok kurumlu çalışmasıdır. İnsan kaynaklarının yanlış kullanılması, görev tanımlarında eksiklikler ve denetimsizlik hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu engelleyen diğer insan gücü sorunlarıdır.

Sağlık çalışanlarının ücretlerinin; eğitim, mesleki risk ve can güvenliği açısından sundukları hizmetlerle doğru orantılı olmaması ve iyi bir iş güvencesine sahip olmamaları motivasyon düşüklüğün en önemli nedenidir. 59. Hükümetin "Sağlıkta Dönüşüm" uygulamaları ile getirdiği sözleşmeli sistem nedeniyle ücretlerin bir miktar artması olmasına karşın, iş güvencesinin daha da zayıf bir hale getirilmiş olması önümüzdeki yıllarda huzursuzluğu ve motivasyon eksikliğini daha da artıracak niteliktedir.

Sağlık personeli sayısındaki hızlı artışa karşın, Türkiye'nin sağlık personeline ilişkin ölçekleri, AB ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça geride olduğu görülmektedir. 2000 sonrası yıllar için, AB-25'te 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 163 ile 567 arasında değişmekte olup, bu sayı Türkiye'de 127'dir. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı AB-25'te 34 ile 152 arasında değişirken Türkiye'de bu sayı 21'dir, AB-25'te 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı, 18 ile 182, 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 286 ile 1320 arasında değişmektedir. Bu sayılar Türkiye'de sırası ile 3-4 ve 2-4'tür (Bakınız Çizelge 3).

Çizelge 3'de verilen sayılardan da görüleceği üzere: sağlık personeli sayıları açısından AB ülkeleri arasında da büyük farklılıklar vardır. Çünkü: bir ülkedeki sağlık personeli sayılarını: 1) sağlık hizmetlerini sunum biçimi / örgütlenme yapısı, 2) toplumun sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları, 3) sağlık bilinci (bunların bileşkesi ile oluşan toplumun sağlık hizmet talebi) ve 4) sağlık personeli istihdam biçimi gibi etmenler belirler. Toplumdaki sağlık hizmet talebi artışı, sağlık personeli sayısı artışı ile karşılamak gerekir. Aynı şekilde yarı zamanlı ve benzeri istihdam biçimleri de sağlık personeli gereksinimini artırır. AB ülkeleri arasında, gerek sağlık hizmetleri sunum biçimi ve gerekse sağlık personeli istihdam biçimleri açısından derin farklılıklar vardır. Bu nedenle de AB ülkelerindeki sağlık personeli sayılarındaki farklılıklar bir bakıma doğaldır. Türkiye'deki sağlık personeli sayılarının, bu etmenler göz önünde bulundurularak bir değerlendirilmesi yapıldığında, AB'ne göre olan geriliği abartmaya gerek olmadığı anlaşılmaktadır.

Cumhuriyetin başlangıç yıllarındaki hükümetlerin sağlık insan gücü alanındaki kamuyu özendirici uygulamaları nedeniyle, kamuda çalışan hekimlerin statü ve özlük hakları bugünkünden çok daha iyi olmuştur. Sayının az olmasının getirdiği avantaj nedeniyle, serbest çalışma alanı da gerek gelir ve gerekse diğer konular açısından oldukça avantajlı olmuştur. Bu nedenle de, o yıllarda, hekim hakları yaygın bir tartışma alanı ya da konusu olmamıştır. 1980'den sonra yürürlüğe sokulan uygulamalar, başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personeli sürekli bir statü ve özlük hakkı kaybı yaşatmaktadır. Bu durum kısır bir döngüye dönüşmüş statü kaybı (kamu serbest ayırdı olmaksızın) özlük hakkı kaybını, özlük hakkı kaybı ise statü kaybını getirir hale gelmiştir. Günümüzde kamuda çalışan hekimler, özlük hakları açısından, yine kamuda çalışan ve eş düzeyde kalifikasyonu olan kesimlere göre çok gerilere düşmüştür. Öte yandan da artan sayıya paralel olarak serbest çalışma alanı da her anlamda sorunlu bir hale gelmiştir.

Gelinen ortamın doğal bir sonucu olarak, gerek sağlık personeli arasında ve gerekse ilgili çevrelerde hekim ve sağlık personeli hakları en çok tartışılan konulardan biri haline gelmiştir. Bu tartışmalarda, sorunların tespiti konusunda genel bir anlaşma vardır. Buna karşılık, konu hakkındaki genel terminoloji, kapsam, sektörün yapılanmasının sağlık çalışanlarının özlük haklarına yansıma biçim ve düzeyleri iyi bilinmemektedir. Buna bir de genel siyasal tercihler eklendiğinde sağlık çalışanlarının çözüm yolları konusunda düşünce birliği yapmaları zorlaştırmaktadır. Bu durum özelden hekimlerin genelde ise sağlık personelinin özlük hakkı mücadelesi yol ve yöntemleri konusunda anlaşamamaları ve birleşmemeleri sonucunu doğurmaktadır. Bunun yaşama yansıması ise,

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

meslek odaları ya da sendikalar gibi öz örgütlerde bütünleşememe şeklinde olmaktadır. Birleşip belli bir güç haline gelememe şeklinde olmaktadır. Oysa ağır olarak yaşanan statü ve özlük hakkı kaybını durdurmanın tek yolu birleşme ve bütünleşmeden geçmektedir.

**Çizelge-3 : AB Ülkeleri ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim, Diş Hekimi, Eczacı, Hemşire Sayıları**

	1	2	3	4	5
Almanya	358,40	279	76,77	58,27	930,43
Avusturya	308,27	324	47,77	55,88	583,12
Belçika	423,70	236	68,27	144,78	1075,11
Çek Cumhur.	336,86	297	64,81	49,25	919,81
Danimarka	283,52	353	85,63	50,14	937,37
Estonya	322,36	310	74,13	59,37	632,52
Finlandiya	307,28	325	92,62	147,99	2178,73
Fransa	328,37	304	68,62	102,18	672,45
Hollanda	322,18	310	47,60	18,75	1320,98
İngiltere	163,93	613	39,83	58,21	497,20
İrlanda	249,25	401	53,16	77,07	1701,63
İspanya	328,80	304	40,98	78,73	372,20
İsveç	310,87	322	152,12	67,41	831,10
İtalya	567,20	176	57,36	104,88	296,15
Letonya	320,35	312	53,86	-	518,11
Litvanya	379,75	263	66,19	59,40	758,12
Lüksemburg	248,80	403	64,31	68,48	756,44
Macaristan	361,42	277	57,83	48,93	286,20
Malta	262,66	377	40,27	182,97	1099,81
Polonya	226,43	442	34,30	52,33	526,73
Portekiz	317,94	315	37,73	78,06	378,67
Slovakya	323,16	309	47,81	41,57	747,68
Slovenya	215,25	465	60,42	34,96	693,12
Yunanistan	434,07	230	114,36	69,15	256,51
<b>TÜRKİYE</b>	<b>127,44</b>	<b>787</b>	<b>21,88</b>	<b>34,30</b>	<b>240,26</b>

Kaynak (16): The European Health Report 2002,

1. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı (2000 sonrası yıllar)
2. Hekim başına düşen kişi sayısı (1'den hesaplama yolu ile elde edilmiştir)
3. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı (2000 sonrası yıllar)
4. 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı (2000 sonrası yıllar)
5. 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı (2000 sonrası yıllar)

### 3.2. Örgütlenme ve Fizik Yapılar

Cumhuriyet ilan edildiğinde, Sağlık Bakanlığı ve tüm ülkeyi kapsayan bir sağlık örgütü olmadığı gibi, sağlık hizmeti sunan kurum ve birimlerin sayısı da son derece yetersizdi. Var olanlar ise birkaç büyük kente toplanmıştı.

2 Mayıs 1920 gün ve 3 sayılı Kanunla "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti" kurulduktan sonra, Türkiye Büyük Millet Meclisi ilk sağlık bakanı olarak, Dr. Adnan Adıvar'ı seçti. Bakanlık iki katlı eski bir Ankara evinde çalışmalarına başladı. Bir bakan ve iki bakan yardımcısı olmak üzere toplam üç personeli vardı. Başlangıçta ağırlıklı olarak Milli Mücadele'nin askeri sıhhi hizmetlerini koordine ettiler. Bir yandan da önderlikle birlikte geleceğin programını oluşturdular (8).

Halka hizmet veren birimler kurmak amacıyla 1924 yılında 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evi kurulması kararı alındı. Muayene ve Tedavi Evleri, 5-10 yataklıdır. Beş yataklı olanlarda hükümet tabipleri, 10 yataklı olanlarda ise ayrı bir hekim görevlendirilmiştir. Muayene ve tedavi evlerinde hasta muayenesi ücretsiz olup, yoksul hastaların ilaçları da parasız verildi. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan muayene ve tedavi evlerinin sayısı, 1936'da 1307, 1942'de 200'ü bulmuştur. Bu tür sağlık evlerinin gelişmiş bir örneği, ilk defa Etimesgut'ta 1932'de açılan "İçtimai Hıfzısıhha Numune Dispanseri" idi (1).

Öte yandan var olan hastanelere de yenileri eklenmeye başlandı.1922 yılında 100 olan yataklı kurum sayısı, 1932'de 177'ye, 7127 olan yatak sayısı 10646'ya, 22 olan dispanser sayısı 339'a çıkarıldı. Dispanserlerde 1922'de 189 yatak varken bu sayı 1932'de 1318 oldu. 1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta, 1936'da ise İstanbul Haydarpaşa'da hekimliğin bütün uzmanlık dallarını içinde toplayan Numune Hastaneleri kuruldu. Numune Hastaneleri, yatılı-ayakta-poliklinik mesaisi olarak tedavi eden tam teşekküllü, uzman kadrolu, modern donanımlı hastanelerdi. Adından da anlaşılabilceği gibi, bu hastaneler kanalıyla ülke çapında sağlam bir model yaratılmaya çalışıldı (9).

Tedavi edici hizmet üreten birimlerin yeterli olmaması, buralardaki işletme kalitesinin düşüklüğü, kamu kuruluşlarını kendi hastanelerini yapmaya yöneltmiştir. Özellikle 1940'lardan sonra bakanlıkların ve hatta büyük KİT'lerin bazıları kendi hastanelerini kurmuştur. Bu durum hastane ve yatak sayılarının hızla artması sonucunu doğurmuş ancak çok merkezlilik ve eşgüdüm eksikliği sorununu da beraberinde getirmiştir.

Cumhuriyet'in ilk yılında; 86 hastanede 6437 hasta yatağı var iken, 2005 yılında bu sayılar, sırası ile; 1198 hastane ve 192685 hasta yatağına yükselmiştir. Başka bir anlatımla 1923 yılında 10000 kişiye 5.1 yatak düşerken, bu sayı 2005 yılında 10000 kişiye 26.7 yatağına yükselmiştir (17).

**Çizelge-4 : Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005)**

YILLAR	KURUM SAYISI	10000 Nüfusa Düşen Hasta Yatağı Sayısı
1923	86	5.1
1930	182	7.8
1940	198	8.0
1950	301	9.0
1960	566	16.6
1970	746	20.3
1980	827	22.2
1990	899	24.0
2000	1226	25.8
2005	1198	26.7

Kaynak (17): Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, <http://www.saglik.gov.tr/>

Belli merkezler dışındaki kamu hastanelerinde yatak kullanım oranları düşük ve yaklaşık %65 dolayındadır. Çünkü, hastane ve yatak sayıları gereksinimlere göre değil yalnızca siyasi tercihlere göre saptanmakta ve dağıtılmaktadır. Özel hastanelerin birçoğunda bu oran daha da düşüktür. Hastane yataklarının atıl kalması, bu yataklara göre tahsis edilmiş olan personel ve diğer yatırım giderlerinin de verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır.

Hastanelerin önemli bir kısmının, verimlilik sınırının altında ya da üstünde sayıda hasta yatağına sahip olması hastanelerde maliyeti yükselten diğer bir etmendir.

Çizelge-5: Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye’de 100000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı(2003)

ÜLKE	100.000 KİşiYE DÜŞEN HASTA YATAğI
Almanya	874,4
Avusturya	835,7
Belçika	686,3
Çek Cumhuriyeti	1137,2
Danimarka	398,0
Estonya	591,2
Finlandiya	723,6
Fransa	795,5
İngiltere	369,9
İrlanda	1006,7
Letonya	779,3
Litvanya	866,1
Malta	750,3
Polonya	644,7
Slovakya	723,9
<b>TÜRKİYE</b>	<b>260,0</b>

Kaynak (18); <http://epp.eurostat.ec.eu.int>

Günümüzdeki hasta yatağı durumunun AB ülkeleri ile kıyaslaması yapıldığında Türkiye’deki sayılar AB ortalamasının çok gerisindedir. Ancak bu gerilik, salt kaynak kıtlığı anlamında olmayıp, biraz da gelişmiş ülkelerdeki hastane yatağı kullanma alanları (geriatri, kronik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar vb) ile ilgilidir. Bu durum göz önüne alındığında Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki 100000 kişiye düşen yatak sayısı arasındaki fark daha anlaşılabilir olmaktadır (bakınız çizelge 5).

1923’ten sonra, birinci basamak sağlık kuruluğu olarak benimsenen birim, özünde ilçe temelinde örgütlenmiş olan hükümet tabiplikleridir. İl merkezlerinde genel idari işler valiye karşı sorumlu olan sağlık müdürlükleri aracılığı ile yürütülmekteydi: Yine buralarda kurulan merkez hükümet tabipliklerinde ilin nüfusuna göre birden fazla hükümet tabibi bulunur ve bunlar aralarından görev / bölge dağılımı yaparlardı. İlçelerdeki hükümet tabiplikleri kaymakama karşı sorumlu olarak hem genel idari işleri hem de tıbbi işleri birlikte yürütürlerdi. Hükümet tabipleri birinci basamak sağlık hizmeti bağlamında; başvuran hastaların tanı ve tedavisi yanında adli tabiplik ve özellikle de bulaşıcı hastalıklarla savaş ile yükümlü idiler. Bunlar özel muayenehane açabilmekte, buldukları yerde eczane yoksa ilaç satabilmekte idiler.

Birinci basamağa yönelik olarak; Hükümet Tabipliklerine “Sağlık Merkezleri”, “Verem Savaş Dispanserleri”, “AÇS

Merkez veya Dispanserleri” “İşyeri Hekimlikleri ve SSK Dispanserleri” ve Sıtma, Trahom Muayene İstasyonları gibi çeşitli ad ve işlevde birimler eklenmiş ise de, “temel sağlık hizmetleri” 1923’ten 1980’e dek Hükümet Tabiplikleri aracılığı ile yürütülmüştür.

1961 Anayasası’nın 49. Maddesinin gereğini yerine getirmek ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hedeflerini gerçekleştirmek üzere; 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilerek sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinde, idari bölümlere paralel özelliklerde ilçe temelinde örgütlenmiş olan hükümet tabiplikleri yerine nüfusu temel alan sağlık ocakları sistemine geçilmiştir. İlk uygulamasına 1963 yılında Muş’ta başlanan sosyalleştirme programı, 1980’li yılların ilk yarısında tüm yurt sathına yayılmasını tamamlayarak Türkiye’deki tüm nüfusu kapsar hale gelmiştir.

Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Sistemi 1970’li yıllardan sonra iktidara gelen hükümetlerce benimsenmemiş ve bu nedenle de sisteme gerekli ve yeterli desteği görmemiştir. Bunun bir sonucu olarak; Sağlık Ocakları, bir yandan insan gücü ve teknik donanım olarak yoksunlaşırken öte yandan da Türkiye’de yaşanan nüfussal değişimlere ayak uyduramamıştır. Bu durum kentlerde toplumun sağlık ocaklarını benimsemesinde, özellikle de tedavi edici hizmetler ve sevk sisteminde sorun yaratmıştır. Buna rağmen, 2005 yılı itibarıyla sayısı 6203 adete ulaşan Sağlık Ocakları, hizmet verdiği bölgedeki Temel Sağlık Hizmetlerinin tüm sorumluluklarını üstlenecek nicelik ve nitelikte olmuştur.

Günümüz Türkiye’sinde, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi alanındaki temel sorun; henüz çerçevesi ve içeriği tam belirlenmemiş olan, “Aile Hekimliği” sistemine geçilmeye çalışılmasıdır. Daha da kötüsü, bu geçişle beraber, birinci basamak hizmetin ve sevk sisteminin tamamen yok edilmiş olmasıdır. Bu durum hem koruyucu sağlık hizmetlerinin hem de birinci basamak tedavi hizmetlerinin (Temel Sağlık Hizmetleri) büyük oranda aksamasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında yaşanan diğer sorunlara da kaynaklık / yaratıcılık yapmaktadır. Çünkü; birinci basamağın aradan çıkarılması, ikinci ve üçüncü basamak önündeki yığılmalar nedeniyle, hastane hizmetlerinde de hem nitelik hem de nicelik açısından önemli sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Özel hastanelerin devreye sokulması, sorunu şimdilik gizlemekte ama gidermemektedir. Hizmetlerin etkili ve verimli sunumu sağlanamamaktadır.

Tedavi edici hizmetleri önceleyen ve tüketimi körükleyen bu anlayış ve ortam, birinci basamak tedavi hizmetlerinin birinci basamak birimlerinde yürütülmesini engellemektedir. Hastanelerin döner sermayeye dayalı olarak çalışması ve giderek işletmeye döndürülmesi, işleyen bir sevk zinciri düzeneğinin kurulamamasının önündeki en önemli engeldir. Çünkü; hastalarında sevk arayan hastane, hastasını / “müşterisini” dolayısı ile de döner sermaye gelirini kaybetmektedir.

Tüm dünyada koruyucu hizmetler: ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı, yaşlı sağlığı ve ergen (adolesan) sağlığı gibi adlarla anılan programlar çerçevesinde yürütülmektedir. Türkiye’de, bu programlardan yalnızca ana-çocuk sağlığı yaygın olarak uygulamaya sokulmuştur. Bu programında tüm Türkiye’de ve gereğince yürütülebildiği söylenemez. Çünkü, anne adayları ve çocukların hizmet birimlerine ulaşmasında sorunlar olduğu gibi, ulaşabildikleri birimlerde de, teknik donanım ve insan gücünde eksiklikler vardır. Başka bir söylemle, bu türden koruyucu hizmetler ana ve çocuklara kısmen ulaşabiliirken; işçilere, yaşlılara ve ergenlere hiç ulaşmamaktadır. Tüm dünyada 1800’li yıllarda başlanan okul sağlığı çalışmaları Türkiye’de yok denecek kadar azdır.

Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasında sorunlar vardır. Gerekse duyduklarında kolayca erişebilecekleri ve bilgi alabilecekleri birim ve kuruluşlar yoktur. Yaygın olarak uygulamaya geçirilmiş ergen sağlığı programları yoktur.

Sağlık Bakanlığı’nca, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu konusunda bazı özel programların başlatılmış olmakla birlikte, bu programlar yaygınlaştırılmamış ve gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye, birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda geri kalmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki en önemli yapısal bozukluk, sağlık sektörünün iyi organize edilememiş olmasıdır. Sağlık hizmetleri gerek örgütlenme biçimi ve gerekse yönetim yapısı açısından, çok merkezli bir yapı göstermektedir. Hizmet planlaması, üretimi, finansmanı ve denetiminde çok çeşitli kurum ve kuruluş söz sahibidir. Buna karşılık koruyucu sağlık hizmetleri tamamen, tedavi edici hizmetler ise ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Ayrıca diğer kamu kurumları ve kuruluşları hastaneleri ile azınlıklara ait hastanelerde tedavi hizmeti üretilmektedir. Muayenehaneler ve özel hastaneler tedavi hizmeti üreten diğer bir grubu oluşturmaktadır. Hizmet üreten

tüm bu kuruluşlar arasında etkili bir eşgüdüm sağlanamaması, var olan sorunları daha da ağırlaştırmaktadır. Bu durum, kaynakların verimli ve akılcı kullanımını engellemekte, tüketimi körüklemekte ve sistemin yönetimini de zorlaştırmaktadır. Yarattığı olan bu sistem sürekli olarak, tedavi edici hizmetleri ön plana çıkarmaktadır.

Sağlık sisteminin politize edilmiş yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Her iktidar değişikliğinde, Sağlık Bakanlığının temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olan bürokratik kadro ile tüm kurum ve kuruluşların yöneticileri değişmektedir. Bu durum bazen yönetimin sürekliliğini etkileyecek sıklıkta ve boyutta olmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki yönetim ve örgüt yapısı, çalışanlar ve halkın yönetime katılmasına olanak sağlamamaktadır. Bu durum, iletişim, karar alma, uygulama ve diğer yönetsel işlev alanlarında sorunlara yol açmaktadır.

Türkiye’de sağlık sektörünün yönetim ve örgütlenmesinde ortaya çıkan sorunların altında yatan diğer önemli bir etmen de yeterli ve etkili bir enformasyon sisteminin olmamasıdır. Yalnızca, Sağlık Bakanlığı bünyesinde ve belirli ölçülerde veri toplayabilen bir veri toplama sistemi vardır. Diğer kamu kurumlarına bağlı sağlık kuruluş ve birimlerinden veri akışı eksik ve hatalıdır. Özel hastane ve muayenehanelerde yürütülen hizmetler ise gerek istatistikî veriler anlamında ve gerekse ekonomik veriler anlamında kayıt ve denetim dışıdır.

Sağlık Bakanlığı’nda veri toplama ve değerlendirme işlemlerini yürüten Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü 1982 yılında kapatılmıştır. Böylece, veri toplama ve değerlendirme sistemi belli bir sahiplilikten yoksun kalmıştır. Bakanlıkta her genel müdürlük kendine ilişkin konularda veri toplamaktadır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, diğer bakanlıklar, işyerleri, özel hekimler vb. kendisine bağlı olmayan birimlerden yeterli veri alamamaktadır. Böylece var olan sistemde bazı veriler hiç toplanamamakta, bazıları yetersiz toplanmakta, toplanabilen veriler ise bilgiye dönüştürülmektedir. Bu nedenle de var olan veriler çeşit ve sayısal olarak eksik ve doğruluğu kuşkuludur.

Verilerin kalitesinin düşük olduğu bilindiğinden, yöneticilerce kullanılmamaktadır. Bu kısır bir döngü yaratmakta, yöneticilerden kalitenin yükseltilmesi için herhangi bir istek ve öneri de gelmemektedir. Böylece sağlık sektörünün her düzeyinde kanıt/bilgiye dayalı yönetiminden uzaklaşmaktadır. Planlama, uygulama ve karar alma süreci tamamen politik tercihlere dayalıdır. Hizmetlere, standardizasyon getirecek, kalite kontrolü yapacak bir düzenek de yoktur.

Türkiye’de ilaç ve tıbbi malzemede tamamen dışa bağımlılık, hizmetleri olumsuz etkilemektedir. Reçetesiz ilaç satılması ya da böyle bir tanım yapılması özünde ilaç tüketimini hekim kontrolünden çıkarmayı ve böylece de ilaç tüketimini körüklemek isteyen bir yaklaşımdır.

Son nüfus sayımına göre Türkiye’de nüfusun yüzde 35’i kırsal alanda ve köyde yaşamaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinden, kentlerdekilere göre köylerdeki nüfus daha az yararlanmaktadır. Çünkü; sağlık kurum ve kuruluşlarının kent ve kır arasında sayısal dağılımında eşitsizlikler vardır. Bundan da öte kırdaki var olan kurumların olanakları özellikle de sağlık personeli yetersizdir. Buna sosyal güvence yoksunluğunun da eklenmesi ile sorun daha da ağırlaşmaktadır. Bu durum, kırdaki sağlık düzey ölçütlerinin daha bozuk olması yanında, kişilerin kırdan kente göçünü artırıcı bir etmen olarak da rol oynamaktadır. Çünkü; ailelerin kırdan kente göçünde iş bulma düşüncesi yanında, sağlık ve eğitim hizmetlerinden daha fazla yararlanma düşüncesinin de katkısı vardır.

### 3.4. Finansman Uygulamaları

Türkiye’de, Cumhuriyetin başından beri sağlık hizmetlerinin finansmanında ciddi sorunlar yaşanmıştır. Bunda kaynak yetersizliğinin yanında, sağlık hizmetlerinin finansmanı için belli, açık ve yalın bir politika çizilmemiş olmasının payı da vardır. 2000’li yıllara dek sağlık harcamalarının karşılanmasında karma bir sistem (kamu-özel / kamuda da kamu sigortası-genel bütçe, özel vergi vb) uygulanmıştır.

Sağlık harcamalarının düzeyini gösteren üç temel gösterge vardır. Bunlar; toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamasıdır. 2005’li yıllara dek, Türkiye’deki sağlık harcamaları, bu üç gösterge açısından da gelişmiş ülkelere göre bir hayli düşük olmuştur. Toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki oranı yıllar itibari ile %3 ile %4 arasında değişmektedir. Bunda sağlık



harcamalarının gerçekten düşük olması yanında yanlış hesaplamaların ya da kayda girmeyen harcamaların da payı olmuştur.

Son yıllarda, finansman politikasında köklü değişiklikler olmasına karşın, bu değişiklik henüz uygulama pratiğine yansımamış ve uygulamada köklü değişiklikler olmamıştır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerindeki harcamalarda büyük artışlar olmuştur. 2004 yılında yayınlanan Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasına göre, Türkiye’de toplam sağlık harcaması 1999 yılında 26.000 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) ve 2000 yılında 30.057 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam 1999 yılında GSYİH’nin %6.4’üne, 2000 yılında ise GSYİH’nin %6.6’sına denk gelmektedir. Günümüzde, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya olan oranı %6-7 bandına yükselmiştir (15). Bu oran AB ülkelerinin gerisinde olmayan bir orandır.

**Çizelge-6: Türkiye’de Sağlık Harcamaları (1999-2000)**

	1999			2000		
	Milyon YTL	Milyon ABD S	Milyon SGP ABD S	Milyon YTL	Milyon ABD S	Milyon SGP ABD S
Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)	77.374	183.099	403.587	124.982	199.044	455.454
Cari Sağlık Harcaması (CSH)	4.785	11.323	24.958	7.888	12.563	28.746
CSH/GSYİH %		6.2			6.3	
Yatırım Harcaması (YH)	200	473	1.042	360	573	1.311
YH/GSYİH %		0.2			0.3	
Toplam Sağlık Harcaması (TSH)	4.985	11.796	26.000	8248	13.135	30.057
TSH/GSYİH %		6.4			6.6	
Genel Sağlık Harcaması (GSH)	5.244	12.409	27.353	8.619	13.726	31.407
GSH / GSYİH %		6.8			6.9	

Kaynak (15): Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

**Çizelge-7: AB Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları**

SAĞLIK HARCAMASI ÖLÇÜTLERİ	AB 25	TÜRKİYE
Sosyal güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)*	13.4 <>30.2	26.3
GSYİH’da Sağlık Harcaması (%)**	5.8 <>10.6	5.0
Toplam Sağlık Harcamasında Hükümet Harcamasının Payı (%)**	55.5 <>91.9	71.1
Toplam Hükümet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının (%)**	9.2 <>19.4	9.0
Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (Uluslararası S)**	398 <>2754	323

\*Kaynak (18): <http://epp.eurostat.cec.eu.int> \*\*Kaynak (20):The World Health Report 2002

Çizelge-8: AB Ülkeleri ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları

ÜLKELER	Sosyal Güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı*	GSYİH İçinde Sağlık Harcaması Payı (%)**		Toplam Sağlık Harcamasında Hükümet Harcamasının Payı (%)**		Toplam Hükümet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı (%)**		Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (Uluslararası dolar cinsinden)**	
		2003	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995
Almanya	30,2	10,6	10,6	76,7	75,1	14,5	17,3	2264	2754
Avusturya	29,5	8,6	8	71,8	69,7	10,7	10,6	1831	2171
Belçika	29,7	8,7	8,7	69,6	71,2	11,4	12,6	1900	2269
Çek Cum	20,1	7,3	7,2	92,7	91,4	11,2	13,9	902	1031
Danimarka	30,9	8,2	8,3	82,5	82,1	11,2	12,7	1882	2428
Estonya	13,4	8,6	6,1	91,4	76,7	18,8	12,4	531	556
Finlandiya	26,9	7,5	6,6	75,5	75,1	9,5	10,2	1415	1667
Fransa	30,9	9,6	9,5	76,1	76,0	13,2	13,5	1970	2335
Hollanda	28,1	8,4	8,1	71,0	67,5	10,6	12,1	1787	2255
İngiltere	26,7	7,0	7,3	83,9	81,0	13,1	14,9	1315	1774
İrlanda	16,5	7,3	6,7	72,5	75,8	12,8	16,0	1380	1944
İspanya	19,7	7,7	7,7	70,9	69,9	12,2	13,5	1168	1539
İsveç	33,5	8,1	8,4	85,2	77,3	10,2	11,3	1622	2097
İtalya	26,4	7,4	8,1	72,2	73,7	10,0	12,7	1486	2040
Letonya	13,4	6,5	5,9	65,4	60,0	11,0	9,7	310	398
Litvanya	13,6	5,2	6,0	86,3	72,4	12,1	13,9	277	420
Lüksemburg	23,8	6,4	5,8	92,4	91,9	13,0	13,3	2138	2740
Macaristan	21,4	8,4	8,1	71,0	67,5	10,6	12,1	1787	2255
Malta	18,5	8,3	8,8	71,4	68,5	13,0	13,2	720	803
Polonya	21,6	6,0	6,0	72,9	69,7	9,1	10,2	420	578
Portekiz	24,3	8,3	8,2	61,7	71,2	11,4	13,1	1146	1469
Slovakya	18,4	7,0	5,9	82,1	89,6	15,8	19,4	596	690
Slovenya	24,6	9,1	8,6	78,1	78,9	16,4	15,4	1135	1462
Yunanistan	26,3	8,9	8,3	54,5	55,5	9,5	9,2	1131	1390
<b>TÜRKİYE</b>	<b>26,3</b>	<b>3,4</b>	<b>5,0</b>	<b>70,3</b>	<b>71,1</b>	<b>10,7</b>	<b>9,0</b>	<b>190</b>	<b>323</b>

\*Kaynak (18); <http://epp.eurostat.cec.eu.int>, \*\*Kaynak (20);The World Health Report 2002

AB-25 Ülkeleri'nde sosyal güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı 2003 yılında; %13,4 ile %33,5 arasında değişmektedir. Türkiye'de bu oran %26,3'tür. 2000 yılında AB-25'te; GSYİH içinde sağlık harcamasının payı %5,2 ile %10,8 arasında değişmektedir. Türkiye'de bu oran %5 olup, son beş yıldaki artışlar ile %7 dolayına yükselmiştir.

Toplam sağlık harcamasında hükümet harcamasının payı 2000 yılında AB-25'te %55.5 ile %91.9 arasında değişmektedir. Türkiye'de bu oran %71.1'dir. Toplam hükümet harcamaları içinde sağlık Harcamalarının payı 2000 yılında AB-25'te %9.2 ile %19.4 arasında değişmektedir (Bakınız Çizelge 11). Tüm bu ölçekler açısından, bilindiğinin aksine, Türkiye'nin aleyhine bir durum yoktur. Yalnızca Türkiye'de 2000 yılındaki kişi başına sağlık harcaması AB-25 ile kıyaslandığında, Türkiye'deki harcama miktarının AB-25'e göre oldukça geride olduğu görülmektedir.

Türkiye de bazı odaklar, sürekli olarak birbiri ile çelişen iki bilgiyi kamuoyuna mal etmeye çalışmaktadır. Bunlardan birisi: Türkiye'deki sağlık harcamalarının çok düşük olduğu bilgisidir ki; bu bilgi geçmiş yıllar için kısmen doğru olsa da artık günümüzde doğru değildir. Yukarıda sunulan bilgilerden de anlaşılacağı üzere: Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı AB-25'in bile çok gerisinde değildir. İkincisi de: sağlık harcamalarının devletin üzerinde aşırı bir yük olduğu bilgisidir. Aynı şekilde, Türkiye'de kamunun yüklendiği sağlık harcaması yükü de AB-25'ten daha yüksek değildir.

Çizelge 9'dan açıkça görüldüğü üzere, günümüz Türkiye'sinde sağlık hizmetlerinin finansmanında temel sorun ayrılan/harcanın paraların azlığı değil, ayrılan / harcanan paranın verimli kullanılmamasıdır. Türkiye ile kıyaslandığında dünyada, sağlığa Türkiye'den çok daha az para ayıran buna karşılık toplumun sağlık düzeyi Türkiye'den çok daha iyi olan birçok ülke vardır.

**Çizelge-9: Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Ve Sağlık Harcaması Düzeyi**

	Bebek Ölüm Hızı 2005	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı 2005	Doğuşta Beklenen Ömür 2005	Kişi Başına Yıllık Gelir ABDS 2005	SAĞLIK HARCAMASI 2004		
					Kamu	Özel	Kişi Başına
					% GSMH	% GSMH	Yıllık Harcama ABDS
İsveç	3	4	80.5	32525	7.7	1.4	2828
Norveç	3	4	79.8	41420	8.1	1.6	4080
Fransa	4	4	80.2	30386	8.2	2.3	3040
İtalya	4	4	80.3	28529	6.5	2.2	2414
Almanya	4	5	79.1	29461	8.2	2.4	3171
Danimarka	4	5	77.9	33979	7.1	1.5	2780
Lüksemburg	4	5	78.4	60228	7.2	0.8	5178
İsviçre	4	5	81.3	35633	6.7	4.8	4011
Kore	5	5	77.9	22029	2.9	2.7	1135
İngiltere	5	6	79.0	33238	7.0	1.1	2560
Kanada	5	6	80.3	33375	6.8	3.0	3173
Kuba	6	7	77.7	6000	5.5	0.8	229
ABD	6	7	77.9	41890	6.9	8.5	6096
Şili	8	10	78.3	12027	2.9	3.2	720
Kuweyt	9	11	77.3	26321	2.2	0.6	538
Kosta Rika	11	12	78.5	10180	5.1	1.5	592
Siri Lanka	12	14	71.6	4595	2.0	2.3	163
Rusya F.	14	18	65.0	10845	3.7	2.3	583
Çin	23	27	72.5	6757	1.8	2.9	277
<b>Türkiye</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>71,4</b>	<b>8407</b>	<b>5,2</b>	<b>2,1</b>	<b>557</b>

Human Devolepment Report 2007/2008

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Türkiye’de, son yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal güvenlik kuruluşları ana kaynak olarak görülmektedir. Buna karşılık bu alandaki en önemli bir sorun; çeşitli nedenlerle, toplumun önemli bir kesiminin sağlık bakım güvencesinden, başka bir söylemle sağlık sigortasından yoksun olmasıdır. TÜİK verilerine göre 2002 yılında sağlık güvencesine sahip olmayan nüfus oranı %16,2’dir (14) . Sağlık güvencesine sahip olmayanların, sağlık hizmetlerine gereksinim duyduklarında cepten ödeme yolu ile yararlanma olanakları vardır. Bunlardan ödeme güçlüğü içinde olanlar için, son yıllarda Yeşil Kart uygulaması yapılmaktadır.

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması’na göre, 2000 yılında toplam sağlık harcamasının; %34,9’u sosyal güvenlik kurumlarınca, %28’i sosyal güvenlik kurumları dışında kalan kamu kurumlarınca, %27,6’sı bireylerin cepten yapmış olduğu ödemelerden ve %4,4’ü ise özel sağlık sigortalarınınca karşılanmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %27,8’i tıbbi malzeme ve ilaç için, %28,4’ü ayakta sağlık bakımı ve %19,0’ı ise yatarak tedavi hizmeti için yapılmış olup, sağlık harcamaları içinde kamu kaynaklarından karşılanma oranı %61,67’yi bulmaktadır.

**Çizelge-10 : Türkiye’de Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus**

Yıl	Toplam	Aktif sigortalılar	İsteğe bağlı aktif sigortalılar	Tarımdaki aktif sigortalılar	Aylık alanlar Emekli, malul, dul ve yetim	Bağımlılar (*)	Sigortalı Nüfus Oranı (%)	Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus Oranı (%)
1950	821 418	199 825	-	-	9 302	612 291	3,9	3,9
1955	1 200 447	281 426	-	-	34 375	884 646	5,1	5,1
1960	1 560 345	359 303	-	-	61862	1 139 180	5,8	5,8
1965	6 236 626	1 464 185	-	-	150 876	4 621 565	20,2	20,2
1970	9 446 852	2 172 329	-	-	326 341	6 948 182	26,9	26,9
1975	16 428 653	3 779 893	-	-	634 948	12013812	41,7	33,6
1980	20 836 892	4 708 044	-	-	1 281 744	14 847 104	48,9	38,4
1985	27 744 573	5 766 390	-	263 118	2 066 549	19 648 516	59,0	42,1
1990	37 715 983	6 898 380	406 019	826 482	3 068 375	26 516 727	72,7	54,4
1995	48 848 672	8 030 271	1 057 705	1 052 595	4 222 883	34 485 218	81,3	64,3
2000	59 478 403	9 920 367	1 086 420	1 073 320	5 984 972	41413 324	87,2	83,2
2001	59 093 343	9 632 677	1 127 131	1 042 305	6 335 198	40 956 032	85,2	81,1
2002	62 026 565	10 088 342	1 170 110	1 049 854	6 627 922	43 090 337	88,1	83,8
2003	60 759 549	10 645 312	923 791	1 098 709	6 920 721	41 171 016		

Kaynak (14) İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No: 0535

(\*) Tahmin.

### 4. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE’DE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ

Uluslararası kaynaklardaki verilere göre; Türkiye’de 2003 yılı için 68.7 yıl olan Doğumda Yaşam Beklentisinin, 2025 yılında 75 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir. Doğumda Yaşam Beklentisi için verilen bu büyüklük, AB ülkeleri ile kıyaslandığında arada önemli bir fark vardır ve bu fark önümüzdeki 25 yıl içinde de kapanmayacaktır (Bakınız Çizelge 11).

Aynı kaynaklar, Türkiye’de Bebek Ölüm Hızını 2003 yılı için %033, 2025 yılı için ise %016 olarak vermektedir. Yine 2003 yılı için Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı ise %039 olarak verilmiştir. Yılların ilerlemesi ile önemli iyileşmeler

sağlanmış ve sağlanacak olmakla birlikte, bu iki ölçek açısından da Türkiye AB ülkelerinin bir hayli gerisindedir. Yapılan tahminler bu farkın önümüzdeki 25 yılda da kapanmayacağını göstermektedir.

Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı: toplumların sağlık düzeyini göstermekte en duyarlı olan iki ölçektir. Bu nedenle de ülkeleri kıyaslamak açısından da en doğru sonuçları verir. Bu iki ölçek açısından Türkiye'nin yeri değerlendirildiğinde, AB ülkelerinin bir hayli gerisinde olduğu ve dünyadaki gelişmekte olan ülkeler kategorisine uyduğu görülmektedir.

**Çizelge 11: AB ve Türkiye'de Bazı Sağlık Düzey Ölçütleri**

ÜLKELER	DYB	BÖH	BYAÖH	AÖH				
	2003**	2025***	1960*	2003**	2025***	1960*	2003**	1985-2001*
Almanya	78.7	80	34	4	5	40	5	8
Avusturya	79.0	80	37	4	4	43	5	-
Belçika	78.9	80	31	4	5	35	5	-
Çek Cum	75.6	77	22	4	5	25	4	9
Danimarka	77.2	78	22	3	5	25	4	10
Estonya	71.3	75	40	8	5	52	9	52
Finlandiya	78.5	80	22	4	4	28	5	6
Fransa	79.5	81	29	4	5	34	5	10
Hollanda	78.4	81	18	5	5	22	5	7
İngiltere	78.4	80	23	5	5	27	6	7
İrlanda	77.7	80	31	6	5	36	6	6
İspanya	79.5	81	46	4	6	57	4	6
İsveç	80.2	82	16	3	3	20	3	5
İtalya	80.1	82	44	4	5	50	4	7
Kıbrıs		78.6	80	30	4	5	36	5 0
Letonya	71.6	74	35	10	9	44	12	45
Litvanya	72.3	75	52	8	6	70	11	18
Lüksemburg	78.5	80	33	5	5	41	5	0
Macaristan	72.7	74	51	7	8	57	8	15
Malta		78.4	80	37	5	5	42	6 -
Polonya	74.3	76	62	6	7	70	7	8
Portekiz	77.2	79	81	4	5	112	5	8
Slovakya	74.0	76	33	7	7	40	8	9
Slovenya	76.4	77	37	4	5	45	4	11
Yunanistan	78.3	81	53	4	6	64	5	1
TÜRKİYE	68.7	75	163	33	16	219	39	130

\* Kaynak (22): Dünya Çocuklarının Durumu 2003.

\*\* Kaynak (23): Human Development Report 2005.

\*\*\* Kaynak (24): Dünya Sağlık Raporu 1998

DYB: Doğuşta Yaşam Beklentisi (Yıl) BÖH: Bebek Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)

BYAÖH: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda) AÖH: Anne Ölüm Hızı (100000 canlı doğumda), 1985- 2001 yılları arası

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Toplumların sağlık düzeyini göstermede duyarlı olan diğer bir ölçek Anne Ölüm Hızıdır. Çizelge 16'da da görüldüğü gibi uluslararası kaynaklar Türkiye için bu ölçeği yüz bin canlı doğumda 130 olarak vermektedir. Ancak bu eski bir bilgidir. Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 2005 yılında yaptığı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri

**Çizelge-12 : AB ve Türkiye'de Nüfus ve Doğumlarla İlgili Ölçütler**

	NÜFUS x1000 2005(16)	GÖYKO (%) 1995-2000(21)	SPTYDO(%) 1995-2000(21)	YNAH(%) 1990-2000(19)
Almanya	82500,8	75	100	0,3
Avusturya	8206,5	71	100	0,4
Belçika	10445,9	79	100	0,3
Çek Cumhur.	10220,6	69	99	0,0
Danimarka	5411,4	78	100	0,3
Estonya	1347,0	70	-	-1,2
Finlandiya	5236,6	80	100	0,4
Fransa	60561,2	75	99	0,4
Hollanda	16305,5	80	100	0,6
İngiltere	60034,5	82	98	0,3
İrlanda	293,6	-	100	0,8
İspanya	43038,0	59	96	0,2
İsveç	9011,4	78	100	0,3
İtalya	58462,4	78	100	0,1
Kıbrıs	-	-	100	1,4
Letonya	2306,4	-	100	1,3
Litvanya	3425,3	-	-	-0,1
Lüksemburg	455,0	-	100	1,4
Macaristan	16305,5	73	99	0,6
Malta	402,7	-	98	0,8
Polonya	38173,8	75	99	0,1
Portekiz	10529,3	66	98	0,1
Slovakya	5384,8	74	-	0,3
Slovenya	1997,6	-	100	0,4
Yunanistan	11075,7	-	99	0,4
TÜRKİYE	71607,5	64	81	1,7

Kaynak (16); <http://epp.eurostat.cec.eu.int> , Kaynak (21); Dünya Çocuklarının Durumu 2001

Kaynak (19); The World Health Report 2001

GÖYKO: 15-49 Yaş grubu Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Oranı (%), 1995-2000 Yılları Arası

SPTYDO: Sağlık Personeli Tarafından Yaptırılan Doğumların Oranı (%) 1995-2000 Yılları Arası

YNAO: Yıllık Nüfus Artış Hızı (%), 1990- 2000 Yılları Arası

Çalışmasına göre: bu ölçeğin yüz bin canlı doğumda 28,5 olduğu bulunmuştur(14). Ancak, bu büyüklük bu haliyle bile Avrupa Birliği'nin gelişmiş üyelerinin gerisindedir. Bu durumda toplumun genel sosyo-ekonomik geriliğinin payı olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin özellikle de Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri'nin yetersizliğinin de önemli bir payı vardır. Erken yaş gebelikleri, sık aralıklarla gebelik ve doğum, çok çocukluluk ve istenmeyen gebelik gibi, etkin ve etkili bir Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri programı ile önlenebilecek sorunlar varlığını sürdürmektedir.

Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA, 2003) göre: evlenmiş kadınlar arasında genç yaş (15-19 yaş) anneliği %8'dir. Son beş yılda gerçekleşen doğumların %20,1'i istenmeyen, %13,9'u ise zamanı açısından planlanmamış doğumlardır. Düşükler incelendiğinde evlenmiş kadınların %23,9'unun en az bir isteyerek düşüğü vardır. 100 gebeliğin, 11,3'i isteyerek düşük olmak üzere, toplam 21,3'ü düşükle sonuçlanmıştır. İsteyerek düşüklerin %41'i çocuk istememe, %17'si zaman açısından planlanmamış gebelik ve %12'si ise sağlık nedeniyle yapılmış düşüklere dir.

Buna karşılık; evli kadınların %43'ü modern, %29'u da geleneksel olmak üzere toplam %71 oranında gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Yılların ilerlemesi ile doğurganlık hızları düşüyor olmasına karşın; kır (kaba doğum hızı %21,1), kent (kaba doğum hızı %19), ve bölgeler arasında farklılıklar görülmektedir. Doğum kontrolü kullanımında yöresel farklılıklar dikkat çekicidir. Batı'da kullanım oranı %74,2, Güney'de %70,8, Orta'da %74,2, Kuzey'de %71,9 iken Doğu'da bu oran %57,9'a düşmektedir (28).

Türkiye'de doğum öncesi herhangi bir bakım alan annelerin oranı %77'dir. Ülke genelinde herhangi bir sağlık personelinin yardım görmüş olan doğumların oranı %83'dür. Doğumların %78'i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Başka bir anlatımla; gebelerin %23 doğum öncesinde herhangi bir tıbbi bakım almamış, doğumların %17'sinde herhangi bir sağlık personeli bulunmamıştır (28).

Türkiye'de 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Oranı, Doğumların Sağlık Personeli Tarafından Yaptırılma Oranı ve Yıllık Nüfus Artış Hızı gibi ölçekler AB ülkelerine göre düşük seviyede kalmaktadır (Bakınız Çizelge 12).

Türkiye'de, 2004 yılı için, Kaba Doğum Hızı (KDH) %20,8 ve Kaba Ölüm Hızı(KÖH) %7,1'dir. Kaba Doğum Hızının 2015-2020 yılları arasında %16,6 ve 2035-2040 yılları arasında ise %14,4 düşeceği tahmin edilmektedir. Yılların ilerlemesi ile Kaba Doğum Hızı (KDH) düşmekle birlikte, AB ülkelerinden bir hayli yüksektir. Çizelge 17'den de görüleceği gibi: Türkiye'nin 2001 yılında sahip olduğu %21'lik Kaba Doğum Hızı, AB ülkelerindekine göre yaklaşık iki katıdır. Buna karşılık Türkiye'deki Kaba Ölüm Hızı (KÖH) AB ülkelerinin birçoğundan daha düşüktür. Bu durumun önümüzdeki 25 yılda da varlığını sürdürmesi beklenmektedir. Bu nedenle de, Türkiye'de yıllık nüfus artış hızı önümüzdeki 25 yılda da gelişmiş ülkelere göre daha yüksek düzeyde seyredecektir.

Toplumun sağlık düzeyini gösteren, temel göstergeler toplu olarak incelendiğinde; zamanla önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın Türkiye'de toplumun sağlık düzeyinin içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktada olmadığını görülmektedir. Doğuşta Yaşam Beklentisi, Bebek Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı, Anne Ölüm Hızı gibi ölçütler açısından üyesi olmaya aday olduğumuz Avrupa Birliği Ülkeleri'nin çok gerisindedir. Toplumsal eşitsizliklere ve sağlık hizmetlerine yaklaşımın aynen devam etmesi halinde, bu gerilik önümüzdeki 25 yıl içinde de kapanmayacaktır.

Burada unutulmaması gereken önemli nokta, tek başına sağlık sektöründe yapılacak düzenlemelerin bu göstergeleri aşağıya çekmede yeterli olmayacağıdır. Sağlığı etkileyen tüm sektörlerin hizmetlerinin topluma eşit bir şekilde dağılımı sağlanmadığı, yeterli ve adil bir gelir düzeyine ve dağılımına ulaşıldığı sürece sağlık sektöründeki iyileşmeler yeterli olmayacaktır.

Çizelge-13: AB ve Türkiye’de Doğum ve Ölüm Hızları

	KDH (Binde) 2001 (22)	KÖH (Binde) 2001 (22)	STANDARDİZE ÖLÜM H. (100000 kişide)	
			1997 (24)	2025 (24)
Almanya	9	11	481	378
Avusturya	9	10	466	363
Belçika	11	4	457	364
Çek Cumhur.	9	11	656	489
Danimarka	11	11	517	417
Estonya	9	13	782	543
Finlandiya	10	10	484	369
Fransa	12	9	414	342
Hollanda	11	9	437	351
İngiltere	11	11	464	367
İrlanda	15	8	482	368
İspanya	9	10	429	354
İsveç	9	11	414	321
İtalya	9	11	420	329
Kıbrıs	13	7	444	354
Letonya	8	14	825	600
Litvanya	9	11	722	550
Lüksemburg	12	9	489	378
Macaristan	9	14	796	579
Malta	12	8	464	365
Polonya	10	10	702	514
Portekiz	11	11	523	394
Slovakya	10	10	696	506
Slovenya	8	10	606	459
Yunanistan	9	10	428	353
TÜRKİYE	21	6	754	514

Kaynak (22); Dünya Çocuklarının Durumu 2003, Kaynak (24);Dünya Sağlık Raporu 1998

KDH: Kaba Doğum Hızı (binde)

KÖH: Kaba Ölüm Hızı (binde)

STANDARDİZE ÖLÜM H. :Yaş ve Cinsiyete Standardize Edilmiş Ölüm Hızı (100000 kişide)



### 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye, gerek nüfus ve kültürel yapısı ve gerekse ekonomik gelişmişliği ve ulusal gelirin toplum katmanları arasındaki paylaşımı açısından gelişmiş ülkeler bu arada da AB ülkeleri ile kıyaslandığında ciddi sorunları olan bir ülkedir (Bakınız çizelge 14, 15). Aynı durum birçok çevre sağlığı ölçęęi için de geçerlidir (Bakınız çizelge 16) Bu durum doğrudan topluma sunulan sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyine de yansımaktadır. Ancak, Türkiye'deki sağlık durumunun içinde bulunan sosyo-kültürel-ekonomik ve çevresel koşulların doğal bir sonucu olduğunu söylemek de doğru olmaz. Çünkü sayılan bu koşullar açısından Türkiye'den daha geri durumda olduğu halde, sağlık düzeyinin tüm ölçekleri açısından Türkiye'den daha iyi durumda olan ülke örnekleri hiç de az değildir. Kaldı ki sosyo-kültürel-ekonomik ölçekler açısından Türkiye çok da geri bir ülke olmayıp, ekonomik büyüklükleri açısından çeşitli değerlendirmelere göre dünyanın 15-20 sırasında yer alan bir ülkedir.

**Çizelge-14 : Türkiye'de Seçilmiş Bazı Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Göstergeleri (%)**

	2002	2003	2004
Birinci %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	5.3	6.0	6.0
İkinci %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	9.8	10.3	10.7
Üçüncü %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	14.0	14.5	15.2
Dördüncü %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	20.8	20.9	21.9
Beşinci %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	50.1	48.3	46.2
Gini Katsayısı	0.44	0.42	0.40
Gıda Yoksulluk Oranı (Açlık)	1.35	1.29	1.29
Gıda ve Gıda-Dışı Yoksulluk Oranı (Yoksulluk)	26.96	28.12	25.60

Kaynak (15): Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. Resmi Gazete Mükerrer sayı: 26215 01 temmuz 2006

**Çizelge-15: AB Ve Türkiye'de Bazı Ölçütler**

	AB	TÜR
Human development indeks (2003) *	0.836<>0.946	0.750
Kişi başına GSMH (Dolar -2003) **	4070<>33750	2290
En düşük gelir grubunun ulusal gelirden aldığı pay (eldeki en son veri) **	5.9<>10.3	6.1
En yüksek gelir grubunun ulusal gelirden aldığı pay (eldeki en son veri) **	34.8<>44.0	46.7
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus oranı(%) 2002***	99<>100	93
Yeterli sanitasyon olanaklara sahip olan nüfus oranı (%) 2002***	93<>100	83

\* Kaynak (23): Human Development Report 2005. \*\*Kaynak (25):World Development Report 2005.

\*\*\* Kaynak (26);Dünya Çocuklarının Durumu 2005

Çizelge -16: Seçilmiş Bazı Ülkelerde Çevre Sağlığı Ölçütleri

	Nüfus (milyon) 2005	Hijyenik Bir Çevrede Yaşayan Nüfus (%) 2004	Arıtılmış Su Kullanan Nüfus (%) 2004	Beslenme Sorunu Olan Nüfus (%) 2002-2004	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Oranı (%) 1995-2005	Kamu Eğitim Harcaması % GSMH 2002-2005
İsveç	9,0	100	100	<2,5	4	7,4
Almanya	82,7	100	100	<2,5	8	4,6
Kore	47,9	-	92	<2,5	4	4,6
İngiltere	60,2	-	100	2,5	8	6,1
Kanada	32,3	100	100	<2,5	6	5,2
Kuba	11,3	98	91	<2,5	5	9,8
ABD	299,8	100	100	<2,5	8	5,9
Şili	16,3	91	95	4	6	3,5
Sri Lanka	19,1	91	79	22	22	-
Rusya F.	144,0	87	97	3	6	3,6
Çin	1313,0	44	77	12	4	1,9
Türkiye	73,0	88	96	3	16	3,7

Human Devolepment Report 2007/2008

Türkiye’de, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi bağlamında, gelişmiş ülkeler düzeyini yakalama olanağı ve olasılığı var iken, bu olanak geçmişte kullanılmamış ve günümüzde de kullanıldığına ve gelecekte kullanılacağına ilişkin belirtiler yoktur. Bu olanağı kullanamamanın temel nedeni; sağlık hizmetlerinin iyi yönetilememesi, başka bir söylemle sağlık sektörüne ayrılan kaynakların verimli kullanılmamasıdır. Bu sonuca yol açan temel etmen ise; sağlık politikasına egemen olan belirsizliktir.

Sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyini gelişmiş ülkeler düzeyine çıkarabilmek için; sektördeki tüm tarafların her türlü ideolojik önyargıdan ve misyondan arınarak, önce Türkiye’nin koşullarına uygunluğu kanıtı dayalı net bir sağlık politikası seçimi yapması / sağlık politikası belirlemesi, sonra da bunu ulusal bir uzlaşa haline getirerek ısrarla ve politik kararlılıkla uygulaması gerekir.

Yukarıda özetlenen uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet’in başından 1970’li yıllara dek izlenen resmi sağlık politikası, “ulusçuluk” ve “halkçılık” ilkeleri doğrultusunda, hizmetlerin ağırlıklı kamu eliyle götürülmesini benimsen bir politika olmuştur. Bunun yanında, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine de sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir. Bir bakıma, esas motor ya da gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır.

Hükümetler düzeyinde ve zaman zaman sektörün ağırlığı özel sektöre aktarma ve kamu hizmetlerini yavaşlatma girişimleri olmuş ise de, açıkça aktif bir özelleştirme programı da uygulanamamıştır. Ancak, bu durum hükümetlerde ve kamu kuruluşlarında ikircikli bir tavıra neden olmuş, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan da özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikircikli

yapı. 1950'lerden sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim görtüş haline gelmeye başlamıştır.

“Ulusçuluk” ve “halkçılık” politikasından vazgeçme ve piyasacı bir sağlık politikasına uygulama çabalarının, toplumu Cumhuriyet ve Atatürk ilkelerinden uzaklaştırmaya çalışan iktidarlar dönemlerine yoğunlaşmış olduğu ya da bu ki olgu ve olayın birbiri ile koşutluk sergilediği dikkat çeken bir konudur. Dikkati çeken diğer bir konu ise: Cumhuriyetin oluşturduğu sağlık politikalarından uzaklaşma çabaları ile toplumun sağlık düzeyindeki gerilemesi de koşutluk göstermesidir. Örneğin: Cumhuriyet'in başında toplumda çok yaygın olan sıtma, Cumhuriyet ilkelerinin hakim olduğu ve bu yönde istikrarlı bir sağlık politikasının izlendiği yılların sonunda kontrol altına alınmış ve 1950'li yıllara dek 2000'li sayılarla seyreden bir hastalık haline gelmiştir. Buna karşılık, bu ilkelerden uzaklaşmanın yoğunlaştığı yıllar olan, 1955, 1975 ve son olarak da 1990 yılından sonra büyük sıtma salgınları yaşanmıştır.

Bir ülkede izlenen, sağlık politikasının başarı ya da başarısızlığını değerlendirmek için, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi verilerine bakmak ve bunların zamana göre değişimini inceleyerek, diğer bazı ülkelerle kıyaslamasını yapmak gerekir. Cumhuriyetten günümüze, Türkiye değerlendirmesi yapmak için ise, 1923 Türkiye'si ile 2008 Türkiye'sini karşılaştırmak, 2008'deki Türkiye ile 2008'deki diğer ülkeleri karşılaştırmak, en uygun olan kıyaslamalar olacaktır.

Günümüzden 1923 Türkiye'sine bakıldığında, yaygın kitlelere sağlık hizmeti sunmak üzere, bir kamu örgütü olmayan toplumdaki dünyanın nicel ve nitel olarak, en büyük sağlık örgütlerinden birine sahip bir Türkiye yaratılmış olduğu görülür. Cumhuriyetin ilk yıllarında, ulusal gelirinin çok küçük bir kısmını sağlık harcamalarına ayırabilen ülke günümüzde ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay neredeyse AB ortalaması düzeyine ulaşmıştır. Özet bir söylemle sağlık hizmetlerinin veya toplumun sağlık düzeyinin göstergesi olan, hangi ölçüye bakılırsa bakılsın Türkiye'de Cumhuriyetten günümüze, büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Cumhuriyet'in ilk yıllarında binde 250 dolayında olduğu tahmin edilen Bebek Ölüm Hızı, 1990 yılında binde 55.4'e, 2003 yılında ise binde 25.6 düzeyine inmiştir. Cumhuriyet'in ilk yıllarına ilişkin verisi bulunmayan ancak çok yüksek olduğu tahmin edilen Anne Ölüm Hızı, 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 130 dolayında iken, 2003 yılında yüz bin canlı doğumda 63 düzeyine inmiştir. Benzer bir şekilde, Cumhuriyetin ilk yıllarında, binde 20 dolayında olan Kaba Ölüm Hızı, 2003 yılında binde 5.5 düzeyine düşmüştür.

Cumhuriyetten günümüze, sağlık hizmetlerinin ve toplumun sağlık düzeyindeki bu olumlu gelişmelere karşın, Türkiye'de günümüzdeki hem sağlık hizmetleri düzeyi hem de toplumun sağlık düzeyi gelişmiş ülkeler, özellikle de Avrupa Birliği'ne üye ülkeler ile kıyaslandığında, onların gerisinde olduğu gibi, Türkiye'nin sosyo-ekonomik ve kültürel gelişmesinin de gerisindedir.

Cumhuriyetten günümüze izlenen sağlık politikası anlamında esas tartışılması gereken nokta: doğru ve istikrarlı bir sağlık politikası izlenmiş idi. Türkiye, sağlık açısından daha iyi bir düzeye ulaşılabilir miydi? Çağı ya da gelişmiş ülkeler düzeyini yakalayabilir miydi? Bundan sonra hangi politika izlenmelidir? Bu soruların yanıtlan söyle sıralanabilir: Türkiye'de, Cumhuriyetin başında benimsenen sağlık politikası kararlı ve istikrarlı bir biçimde izlenmiş, ikirekikli bir ortam yaratılmasa ve sağlık yönetiminin bu yönde yapılanmasına izin verilse idi, Türkiye sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi ölçülerinde gelişmiş ülkeler standardını yakalayabilirdi. En azından bugünkü durumundan çok daha iyi bir durumda olurdu.

-Türkiye'de toplumun sağlık düzeyinde özellikle Cumhuriyetle birlikte önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın, temel göstergeler incelendiğinde, içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşamadığı görülmektedir. Bebek Ölüm Hızı, Anne Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı, Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi gibi göstergeler incelendiğinde üyesi olmaya aday olduğumuz Avrupa Birliği ülkelerinin çok gerisinde olduğumuz görülmektedir.

-Bu sonuçtan yalnızca ve tek başına sağlık sektörünün sorumlu olmadığı açıktır. Başka bir anlatımla: bu göstergeleri gelişmiş ülkeler düzeyine çekebilmek için: başta ulusal gelirin paylaşımındaki dengesizlik olmak üzere, toplumun sağlık düzeyini etkileyen tüm yoksunlukların ve yoksullukların giderilmesi gerekir.

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

-Toplumun sağlık düzeyini iyileştirmede, izlenen sağlık politikası ve sağlık hizmetleri yönetiminin de çok önemli bir payı vardır. Özellikle de toplumun içinde bulunduğu sosyo kültürel gelişmişlik düzeyine denk düşen bir sağlık düzeyine sahip olmaması, doğrudan sağlık hizmetlerinin düzeyi ve yönetimi ile ilgilidir. Bundan da öte, çok iyi yönetilen bir sağlık hizmetleri ile, toplumun sağlık düzeyi ülkenin sahip olduğu sosyo kültürel gelişmişlik düzeyinden daha iyi bir düzeye ulaştırılabilir.

-Türkiye’de toplumun sosyo ekonomik gelişmişliğinin gerisinde bir sağlık düzeyi vardır. Başka bir söylemle sağlık hizmetlerinin yapısı ve yönetimine müdahale ile toplumun sağlık düzeyinde bir hayli iyileşme sağlanabilir.

-Türkiye’de sağlık sektörünün içinde bulunduğu sorunlar toplumun doğrudan sosyo kültürel ve ekonomik yapısından ya da kaynak (insan gücü, mali, teknik) yetersizliklerinden kaynaklanmamakta olup, daha çok siyasal kaynaklı sorunlardır. Başka bir anlatımla, var olan sorunlar seçilen özelliklerde son otuz yıldır seçilen politika ve kararlarda veri, kanıt ve bilgi yerine siyasi inanç ve tercihlerin etkili olmasından kaynaklanan sorunlardır. Bu nedenle de çözümü kısmen kolay olan sorunlardır.

- Sağlık sektöründe çözüme ulaşmanın yolu; sağlık alanının politik bir çekişme alanı olmaktan ve ikircikli yapıdan kurtarılmasından geçmektedir.

-İktidarlar akılcı davranarak, sağlık politikaları üretimini bağımsız ve iyi yapılandırılmış düzeneklere bırakmalıdır. Bu düzenekler; toplumun ve ilgili tüm tarafların özelliklerde çalışanların politika belirleme ve yönetime katkı ve katılımını sağlayacak düzenekler olmalıdır.

- Sağlık politika ve yönetimi tamamen veriye / kanıta dayalı hale getirilmeli yani bilimselleştirilmelidir. Bu amaçla zaman yitirmeden bağımsız bir enformasyon sistemi kurulmalıdır.

-Başarısızlığı ve başarısız olacağı mevcut uygulamalar ile de anlaşılın, Sağlıkta Dönüşüm programından bir an önce vaz geçilerek, hem ülke koşullarına uygun hem de “halkçı ve ulusçu” bir politika olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi politikasına geri dönülmeli ve sosyalleştirilmiş sistemin eksiklikleri giderilerek günümüze uyarlaması yapılmalıdır.

### Kaynaklar

1. Aydın E. *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*. Ankara: Naturel Yayınları, 2002.
2. Aydoğın M. : *Türkiye Üzerine Notlar 1923 - 2005*. İzmir: Umay Yayınları, 2005.
3. Akdur R. : *Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları, Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye, Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilim”Bilanço 1923-1998’ Ulusal Toplantısı Ayrı Basım, Ankara 1999*
4. Akvay N. : *Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, H.Ü.Toplum Hekimliği Bölümü Yayını no: 20 Ankara, 1982*
5. Dirican M.R. : *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) Erzurum 1970*
6. Eren N, Tanrıtanır N. *Cumhuriyet ve Sağlık*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1998; s: 10.
7. Fişek N.H. : *Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no: 2 Ankara, 1983*
8. Metindaş M.Y., Elçioğlu Ö. : *Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri, (1923-1938) Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3): 162-170*
9. Özden N. "Dr. Refik Saydam’ın Türk Sağlık Politikaları Üzerindeki Etkisi (1923 - 1937). 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, 2005; s: 1504-05.
10. Öztek Z.: *Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992*
11. *Atatürk’ün Söylev ve Demeçleri I - III, Atatürk Araştırma Merkezi Yayınları, TTK Basımevi, Ankara, 1997*
12. *Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümününün 40. Yılı Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları no:495, Ankara, 1982*
13. *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara,1992.*
14. *İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535*

15. Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT Müsteşarlığı Ankara 2005
16. *The European Health Report 2002*, WHO European Series no: 97 Copenhagen
17. *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005*, <http://www.saglik.gov.tr>
18. <http://epp.eurostat.cec.eu.int>
19. *The World Health Report 2001 Mental Health New Understanding New Hope* WHO Geneva
20. *The World Health Report 2002, Reducing Risks Promoting Healthy Life Hope* WHO Geneva
21. *Dünya Çocuklarının Durumu 2001*, UNICEF (çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
22. *Dünya Çocuklarının Durumu 2003*, UNICEF (çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
23. *Human Development Report 2005*, UNDP, New York
24. *Dünya Sağlık Raporu 1998*, WHO (Çeviri editörleri Metin B., Akın A., Güngör İ.) Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998
25. *World Development Report 2005, Investing in Health* World Bank, Oxford University Press New York 2005
26. *Dünya Çocuklarının Durumu 2005*, (çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
27. *Human Development Report 2007/2008* UNDP [hdr.undp.org/en/reports/global/](http://hdr.undp.org/en/reports/global/)
28. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*, HNEE, Ankara 2004

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

**Prof. Dr. Sefer AYCAN**

Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlıkta dönüşüm kavramı herkeste farklı anlamlar çağrıştırabilir ve “neyin, neye dönüşümü?” gibi farklı sorulara neden olabilir. Bu farklı sorulara bakmadan ve farklı anlamlar aramadan önce bu ismi verenlerin neden bu ismi verdiğine bakmak gerekir.

Bilindiği gibi AKP Hükümetinin Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılan bir program 2003 yılında açıklandı ve bu tarihten sonrada sürekli gündemde yer almayı sürdürmektedir. Hükümet, Bakan ve Bakanlık sağlık alanında yaptıklarını ve yapacaklarını “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile ilişkilendirmektedirler.

Öncelikle adına ve içeriğine bakmaksızın böyle bir program yayınlanmasını yönetim yaklaşımı açısından olumlu bulduğumu belirtmek isterim. Sağlık Bakanlığı ve Hükümet sağlık alanında neler yapmak istediğini açıklamış oldu hatta “Acil Eylem Planı” adı verilen bir takvimde yayımlayarak yapmak istediklerini takvime bağladı. Gerçi bu takvime uyulamadı ve takvim aksadı, fakat yinede yönetim yaklaşımı açısından doğru bir işti. Hatta bu programın seçim döneminde yayınlanmış olsaydı daha doğru bir iş olurdu.

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı Nedir?**

Sağlık Bakanlığının kendi ifadesine göre bu bir reform değildir. Sağlık Bakanlığı yayınladığı raporda “Çünkü, tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincindeyiz.” denmektedir. Sağlık Bakanlığı yayınladığı raporda mevcut durumu özetledikten sonra, sorunların çözümünün bir bütün olarak ele alınması gerektiğini, bir proje mantığı ile yaklaşım gösterdiklerini ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adını verdikleri programla sorunları tek tek çözeceklerini belirtmektedirler. “Mevcut yapıyı tahrip etmeden” birtakım eylemler başlatacaklarını ve bunu da “Dönüşüm Programı” olarak adlandırdıklarını belirtmektedirler. Böylece anlaşılmaktadır ki; Hükümet sağlık hizmetleri alanında bir takım değişiklikler yapacak ve bu değişikliklere de topyekün “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adını vermektedir. Bu program AKP Hükümetlerinin sağlıkta programını ve politikasını oluşturmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amacını da; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulması olarak açıklamaktadır. Devamında da sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik ve hakkaniyete uygunluktan ne anladıklarını ifade etmektedirler. Bu kavramlardan ne anladıkları ve yaptıklarının bu kavramlara ne kadar uyduğu da elbette uzun uzun tartışılabilir. Fakat burada bu konuya girilmeyecektir.

AKP Hükümeti sağlıkta dönüşüm programını yayınlamadan öncede Hükümet Programında da sağlık alanında yapılacak işleri;

- Hastaneler idari ve mali yönden özerkle kavuşturulacak,
- Genel Sağlık Sigortası kurulacak,

- Aile Hekimliği uygulaması başlatılacaktır diye ifade etmişti. Böylece sağlığa ve sağlık hizmetlerine bakış açısını ortaya koymuştu.

Buna göre “Sağlıkta Dönüşüm Programı” AKP Hükümetinin sağlık sektöründe programı olarak ele almak ve bu programı Türkiye de ki Sağlık Hizmetleri üzerine etkilerini, sonuçlarını ve getireceklerini bilimsel olarak tartışmak gerekir.

### **Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri**

Program raporunda programın sekiz bileşenden oluştuğu, bunların aslında bir bütünün parçaları olduğu belirtilmektedir. Bu bileşenlerin başlıkları;

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı.
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası.
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - 3.1 Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği.
  - 3.2 Etkili kademeli sevk zinciri.
  - 3.3 İdari ve Mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri.
4. Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları.
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon.
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma.
  - 7.1 Ulusal ilaç kurumu.
  - 7.2 Tıbbi cihaz kurumu.
8. Kanun sürecine etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi. Olarak belirtilmektedir.

Hükümet programın ana hatlarıyla birlikte kısaca bu kavramlarda ne anladığını, ne yapmak istediğini Raporda anlatmakta ve bundan sonra bu kapsamda ne yapacaklarını kısaca açıklamakta. Detaylar bu rapordan elde edilebilir.

#### **Sağlıkta Dönüşüm Programına Giden Süreç**

Türkiye Cumhuriyeti kurulduğu günden günümüze kadar sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık politikalarında ciddi değişikliklerde yapmıştır. Bu değişikliklerde siyasal iktidarların yaklaşım farklılıkları yanında Dünya genelinde yaşanan değişimlerinde etkisi vardır.

Sağlıkta dönüşüm Programında yer alan başlıklarda aslında yeni değildir ve bu hükümete özgü fikirler de değildir. Burada yer alan konuların bir kısmı 1980 yılı öncesi dönemde gündemde olan ve tartışılan konular iken, çoğu ise 1980 sonrası Türkiye'nin gündeminde olan, tartışılan konulardır. Özellikle 1983 yılında başlayan ANAP Hükümetleri döneminde bu konular yoğun olarak tartışılmıştır. Bu tartışmalarda Küreselleşme akımı olarak adlandırılan yaklaşımın ve yaklaşımı savunan Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların etkileri olmuştur. Dünya Bankası ve IMF raporlarında Türkiye'de sağlık sektöründe yapılması gereken reformlar adı altında yaptığı önerilerin Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan başlıklarla örtüştüğünü görmekteyiz. Türkiye'yi yöneten siyasal iktidarların hükümet programların da ve siyasal partilerin seçim beyannamelerinde küresel güçlerin önerilerine sadık kalarak söylem birliği yaptıklarını söylemek mümkündür. Hatta bu önerilerin hekimler arasında, diğer taraflar arasında da bilinçli veya bilinçsizce destek bulduğunu görmekteyiz. Fakat ANAP Hükümetleri çok uğraşmamasına rağmen yapmak istediklerini yapamadı. Daha sonraki hükümetlerde zaman zaman aynı işleri yapmak istediler, fakat yapamadılar. Kasım 2002 yılında göreve gelen AKP Hükümetleri daha önceleri önerilen ve uzun süredir Türkiye'nin gündeminde olan önerileri sağlıkta dönüşüm programına aldı ve bununla ilgili düzenlemeler yaparak bir kısmını uygulamaya koydu.

AKP Hükümeti Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkelerinden birinin katılımcılık olduğunu söylemesine rağmen yaptığı değişiklikleri kamuoyunda etraflıca tartışmadan, tarafların görüşünü almadan veya bu görüşlere değer vermeden uygulamaya koydu, hatta bu uygulamaları Türkiye geneline yaymaya çalıştı.

#### **Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmalar**

AKP Hükümeti Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında bir takım mevzuat düzenlemeleri yaptı. Bazı konularda ise çalışmaların sürdüğünü belirtmektedir. Yapılan mevzuat düzenlemelerinin aslında tek tek ele alınması gerekir, burada sadece bazı kanunlar ismen ele alınıp sonuçları toplu olarak özetlenecektir. Bu dönemde gündeme gelen bazı yasalar şunlardır:

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

-Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri Kanun Tasarısı.Bu kanun tasarısı Türkiye’de Kamu yönetimini tümüyle değiştirecekti,beraberinde sağlık hizmetlerinin sunumunu ve sağlık personelinin statüsünü de değiştirecekti.Bu kanun tasarısının 22 maddesinin Anayasaya aykırı olduğu gerekçesi ile Cumhurbaşkanı tarafından veto edildi ve TBMM’ye geri gönderildi.Hala TBMM beklemektedir.Fakat bu kanunun öngördüğü bazı düzenlemeler farklı kanunlar altında yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

-4924 Sayılı Eleman temininde günlük çekilen bölgelerde Sözleşmeli Sağlık Personeli çalıştırılmasına dair kanun 2003 yılında kabul edildi ve yürürlüğe girdi.Bu kanun ile sözleşmeli çalışma düzeni başlangıçta sadece belli bölgeler için düşünülmüş iken daha sonra yaygınlaştırıldı ve sağlık personelinin esas istihdam modeli haline getirildi.

-5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu 22.2.2005 tarihinde kabul edildi.Bu kanunla sağlık alanında birtakım yetkiler İl Özel İdaresine aktarıldı.Bu kanunla İl Özel İdaresine bağlı Sağlık Müdürlüğü kurulması öngörmektedir.Kanun halen gerçek anlamda yapılanmadı.

-5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına dair kanun yürürlüğe girdi.Bu kanun ile mevcut 224 sayılı kanunun öngördüğü sistem ortadan kaldırıldı, sağlık ocakları kapatıldı.Birinci basamak tedavi hizmeti verilmek üzere Aile Hekimi adı verilen hekimler istihdam edildi. Koruyucu hizmetleri vermek üzere Toplum Sağlığı Merkezi adıyla yeni bir kuruluş oluşturulmaya çalışılmaktadır.

-Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun defalarca yürürlüğü ertelenmişti, son olarak 1 Ekim 2008 tarihinde kanun yürürlüğe girdi. Bu kanunun Sosyal Sigorta kısmı çalışma hayatını bir çok yönüyle etkilemekte, çalışanların emeklilik ve sosyal haklarında kısıtlamalara gitmektedir. Açıkça sosyal güvenlik kurumunun açıklarını kontrol etmek üzere çıkartıldığı söylenmektedir. Burada daha çok genel sağlık sigortası kısmının etkileri ele alınacaktır. Genel sağlık sigortası düzenlemesi ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı genel sağlık sigortasına devredilmekte. Sağlık hizmeti olarak hep öncelik tedavi hizmetlerine verilmekte, tüm sistemde bunun üzerine yapılandırılmaktadır.

-Kamu Hastaneleri Birliği yasa tasarısı hazırlandı, fakat bu tasarı hala yasalaşmamış olsa da konunun önemi açısından ve sağlıkta dönüşüm programı açısından ele almak gerekir.Bu yasa tasarısında Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı 800 civarındaki hastanenin 40 özerk birlik bünyesinde toplanacağı ve bu birlikler tarafından işletileceği anlaşılmaktadır.Hastane yönetiminin sağlık personeli olmayan,yönetim kuruluna karşı sorumlu sözleşmeli personel tarafından yapılacağı belirtilmektedir.

Bu kanun ve kanun tasarıları dışında bazı yönetmelikler çıkarıldı ve bazı yönetmeliklerde değişiklik yapıldı. Böylece AKP Hükümeti ve Sağlık Bakanlığı Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda önemli değişikliklere neden oldu.Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan başlıkların bir kısmını kendi öngördükleri şekilde uygulamaya koymuş oldular.

### **Sağlık Dönüşüm Programının Sonuçları**

AKP Hükümetinin bu zamana kadar yaptıkları mevzuat değişiklikleri ve diğer uygulamaları Türkiye’de sağlık hizmetlerini ve sağlık sistemini önemli ölçüde değiştirdi.Bu etkileri ileride de çok daha fazla göreceğiz. Bu etkileri,bu uygulamaları sağlık politikaları açısından,oluşturacağı sonuçlar açısından çok uzun olarak tartışmak gerekir. Burada geniş değerlendirme mümkün olmayacağından genel anlamda özetleyecek olur isek ortaya çıkardığı ve çıkaracağı sonuçlar şunlardır:

1. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti vermekten çekilmektedir. Böylece sağlık hizmeti (kast edilen tedavi hizmeti) özel sektöre ve yerel yönetimlere bırakılmaktadır. Sağlık Bakanlığı merkezde şeklen olan bir konum olacaktır.
2. Kamu sağlık kuruluşları, özellikle Devlet Hastaneleri önce özerkleşecek, sonrada özelleşecektir.
3. Sağlık hizmetlerinin bütünlüğü (yani entegrasyonu) bozulacak, etkinliği azalacak ve bu durum ülkemizin genel sağlık düzeyini olumsuz etkileyecektir.
4. Sağlık hizmetlerinin milli bütünlüğü bozulacaktır.
5. Tamamen tedavi hizmetleri anlayışıyla yapılanma sürece ve zamanla tedavi hizmeti tümüyle özel sektöre



devredilmiş olacak.

6. Diğer sağlık hizmetlerinin, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin ne olacağı belirsizdir.

7. Sağlık personelinin statüsü değişecek, sermaye sahibinin yanında güvensiz ucuz emek haline gelecek, kayıt dışı çalışma artacaktır.

8. Sağlıkta tüccar müşteri ilişkisi artacak, sağlık tamamen idari bir meta haline gelecektir.

9. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada kısıtlamalar olacak, herkes her hizmetten yararlanamayacak.

10. Sağlık hizmetleri daha da pahalanaacaktır.

11. Sağlık harcamaları artacaktır. Bu bireysel ve ülke genelinde sıkıntı yaratacaktır.

12. Dışa bağımlılığımız sağlık alanında da artacaktır.

Tüm bu değişiklikler Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin işleyişini bozacaktır. Genel sağlık düzeyimizin iyileşmesine fayda sağlamadığı gibi, daha da kötü olmasına neden olacaktır. Yapılan bu değişiklikler üstelik bilimsel gerçeklere de ülke gerçeklerine de uygun olmayan düzenlemelerdir. Bu nedenle tüm yanlış uygulamalardan vazgeçilmesi gerekmektedir.

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SAĞLIK ÇALIŞANLARINA NE GETİRİYOR?

**Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK**

Trakya Üniversitesi Tıp Fak.  
Halk Sağlığı Abd

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı/Reformu:**

Sağlıkta Dönüşüm Reformlarının genel çatısı 1993'te yayınlanan Dünya Bankası- Dünya kalkınma raporu, 1993, "Sağlıkta Yatırım" ın önerdiği maliyet azaltma, kullanıcı ödentisi, hizmet suna ile finanse edenin ayrılması ve özelleştirilmedir. Hükümetler borç sağlayanlar ve uluslararası finans kuruluşları tarafından 5 temel kurumsal değişiklik yapmaya zorlanmaktadır.

1. Sağlık bakanlığının rolünü hizmet halk sağlığı hizmetleri sağlayan bir konumdan kamu ve özel kesim hizmet sağlayıcılarını düzenlemeye dönüştürmek,
2. Sağlık hizmetlerine finans sağlamayı sigorta sistemine dönüştürmek,
3. Yönetimi desantralize etmek,
4. Merkezi hükümetlerin/ Sağlık bakanlığının genel politikalar koyucu ve desantralize edilmiş birimler ve özel şirketlerin yürüttüğü hizmetleri sözümona izlemek,
5. Bürokrasilerini düzene koyma-verimli kılmak zorunda oluşları, sağlık insan gücünün bir kısmını maliyetleri azaltmak için işten çıkarmak (Bossert et al. 1998)

(Aktaran: Pol De Vos, Wim De Ceukelaire and Patrick Van der Stuyft. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform Tropical Medicine and International Health volume 11 no 10 pp 1604-1612 october 2006)

Ne yazık ki Türkiye aynı kaynaktan aynı isteklere maruz kalmıştır. (Dünya Bankası, Türkiye'nin sağlık sistemini iyileştirmede yardımcı olmaktadır <http://www.worldbank.org/tenthings/ECA/5-tk-lang.html>, Erişim: 20.02.2006)

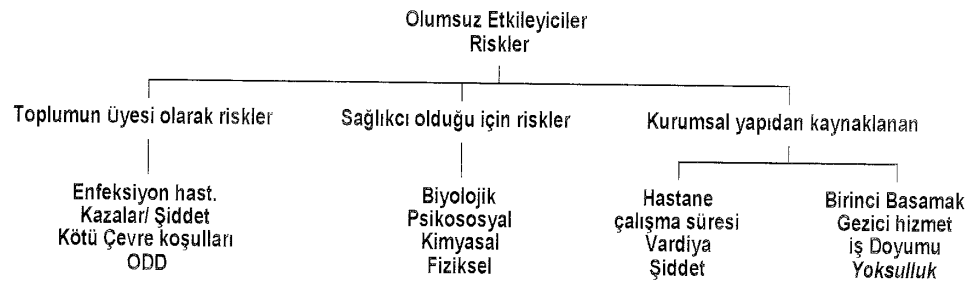
### **Türkiye'de Sağlıkta dönüşüm programı bileşenleri:**

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
  2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
  3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
    - a. Güçlendirilmiş Temel sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
    - b. Etkili, Kademeli sevk zinciri
    - c. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
  4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
  5. Sistem Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
  6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
  7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
  8. Ulusal İlaç Kurumu
  9. Tıbbi Cihaz Kurumu
  10. Sağlık Bilgi Sistemi
- ( Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, 1993)

**Sağlık çalışanları dünya sağlık örgütünce kümedenmemiş sınıflamada aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.** (<http://www.who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/Dftn.htm> 04.10.2008 )

- 1 Hekimler
- 1 Hemşireler
- 1 Ebeler
- 1 Diş hekimleri
- 1 Diş teknisyenleri
- 1 Eczacılar
- 1 Eczacılık teknisyenleri/ yardımcıları
- 1 Laboratuvar bilimcileri
- 1 Laboratuvar teknisyenleri/ yardımcıları
- 1 Radyologlar ve ilgili meslekler
- 1 Halk sağlığı ve çevre sağlığı çalışanları (environmental and public health officers, environmental and public health technicians, sanitarians, hygienists, district health officers, public health inspectors, food inspectors, malaria inspectors and related occupations.)
- 1 Toplum sağlığı çalışanları (community health officers, community health-education workers, community health aides, family health workers, lady health visitors, health extension package workers, community midwives and related occupations.)
  - 1 Geleneksel tıp uygulayıcıları
  - 1 Ara /mahalle ebesi
  - 1 Tıbbi yardımcıları (Medical assistants Includes medical assistants, clinical officers and related occupations)
  - 1 Hasta bakım görevlileri -
  - 1 Diğer sağlık çalışanları (diyetisyen, tıbbi araç operatörleri, optometrist, optisyen, fizyoterapist, psikolog, intern...)
  - 1 Sağlık yönetimi ve destek çalışanları ( sağlık yöneticileri, sağlık ekonomistleri, biyoistatistikçiler, sağlık politikası hukukçuları, sağlık kayıt ve bilişimcileri, ambulans sürücülere, ve diğer genel idari hizmetler/ destek hizmetleri görevlileri)

#### Sağlık Çalışanlarını olumsuz etkileyen etmenler



Şekil 1: Sağlık Çalışanları için Riskler

Sağlıkta Dönüşüm Programlarının Sosyo-ekonomik Güvenliğe etkisi 7 alanda sınıflandırılmaktadır. UÇÖ, Sosyo-ekonomik Güvenlik Programı; 1990-99

1. Emek piyasası güvenliği: Yeterli iş fırsatı, devlet güvenceli tam istihdam, ya da makro-ekonomik politikalarla desteklene yüksek iş güvencesi
2. İstihdam güvenliği: keyfi işten çıkarmalara karşı koruma, işçi kiralama ve işten kovmaya ilişkin mevzuat düzenlemeleri, çalışanlara vergi yükü,
3. İş güvenliği: Beceri seyraltimine karşı direnç, zanaat alanları/sınırları, iş nitelikleri, kısıtlayıcı uygulamalar, zanaat sendikaları, ..
4. Beceri yeniden üretimi güvenliği: Usta- çırak yaklaşımı ve ya da iş eğitimi ile Yaygın ölçüde Becerileri kazanma ve sürdürme fırsatları
5. Çalışma güvenliği: İş güvenliği ve sağlığı düzenlemeleriyle İş kazaları ve hastalıklarına karşı koruma, çalışma sürelerini sınırlama, kadınların gece çalışmasını sınırlama, hastalara işgörmezlik ödeneği, dinlenme izni için ödeme, anne sağlığı hizmetleri
6. Örgütlenme ve ifade güvenliği: Bağımsız sendikalar ve çalışan örgütleri aracılığıyla Emek piyasasında grev dahil topluca ifade hakkı
7. Gelir güvenliği: Asgari ücret, ücret oranlama, kapsamlı sosyal güvenlik ve kazanca göre vergilendirme ile gelir güvenliğini koruma

Kamu Hizmetleri Reformlarının Sağlık insan gücüne etkileri DSÖ tarafından aşağıdaki biçimde sıralanmıştır.

1. Çalışma paterninde değişiklik (yapılanma ve düzey; yerleştirme)
2. Çalışanların yasal durumu (sözleşme esnekliği)
3. Eğitim, hizmetiçi eğitim, yükselme olanakları, hareketlilik, işgücü örgütlenme ve katılımında değişim (denetim, yönetim, hesap verebilirlik, çalışma süresi, kısmi zamanı çalışma, iş ve esneklik, vardiya ve gece çalışması, dinlenme zamanı)
4. Çalışanların verimi, ücret, teşvik ve diğer destekler
5. Çalışma çevresi, çalışanların algıları, tutumları, işe devamsızlıkları
6. Çalışanlarını iş güvenliği ve sağlığı (işyerinde stres ve şiddet dahil)

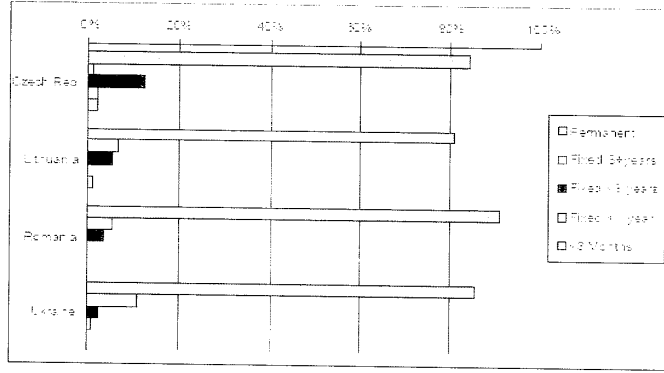
(Public Service Reforms And Their Impact On Health Sector Personnel, Critical Questions: A Tool for Action. WHO/EIP/OSD/01.2)

Sağlıkta Dönüşüm Programlarının Sağlık Çalışanlarına etkisine yönelik incelemesinde UÇÖ "Sağlık sektörünün rol ve sorumluluğu toplumun bir bütün olarak gelişme ve kalkınmasına destek olmaktır. Kamu hizmetleri reformları, özellikle sağlık alanındakiler, değerlerin sürekliliği, politikaların saydamlık ve açıklığı, hizmetlere erişimde hakkaniyet, yurttaşlara daha iyi hizmet sağlama, iyi çalışma koşulları, moral ve verimliliği artırıcı UÇÖ standartlarının uygulanması gibi temel yol gösterici ilkelere saygılı olmalıdır." saptamalarında bulunmuştur. (Terms of employment and working conditions in health sector reforms: Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms Geneva, 1998 International Labour Office, Geneva)

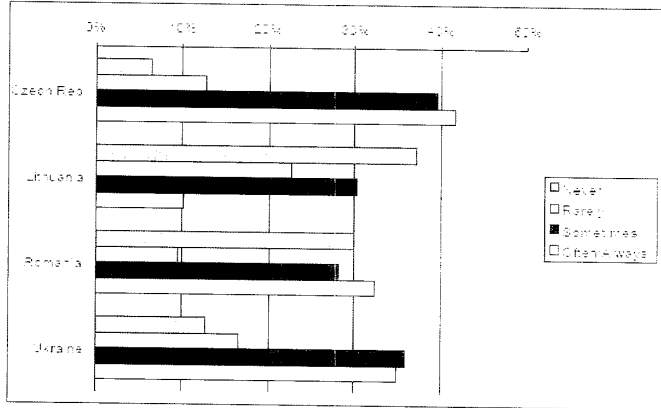
### Sağlık Dönüşüm Programı / Reformları ve Özelleştirmenin Sağlık Çalışanlarına / Çalışma Yaşamına etkileri :

Orta ve Doğu Avrupa'da Sağlık Hizmetleri: Reform, Özelleştirme ve Çalışma Yaşamına etkileri 4 ülkede incelenmiş ve aşağıdaki grafiklerde sunulan bulgulara ulaşılmıştır (Health Care in Central and Eastern Europe: Reform, Privatization and Employment in Four Countries, Geneva August 2001)

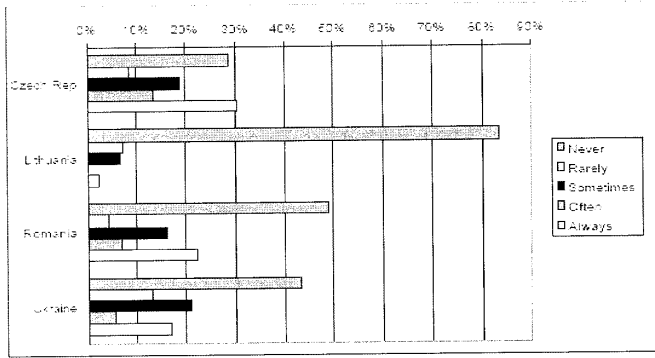
Aşağıdaki şekillerde bu araştırmanın bulguları özetlenmiştir.



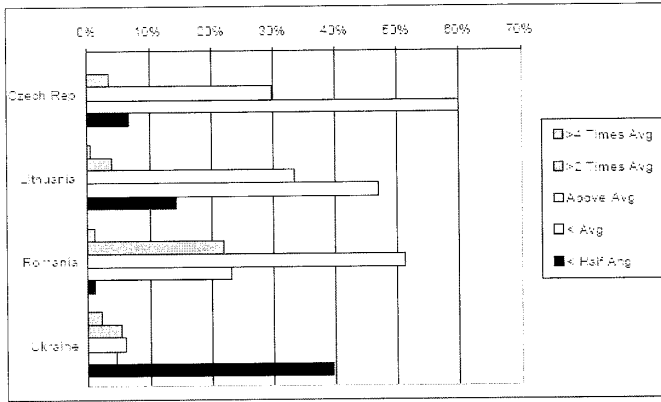
Şekil 2: Sözleşme türüne göre çalışma sıklığı



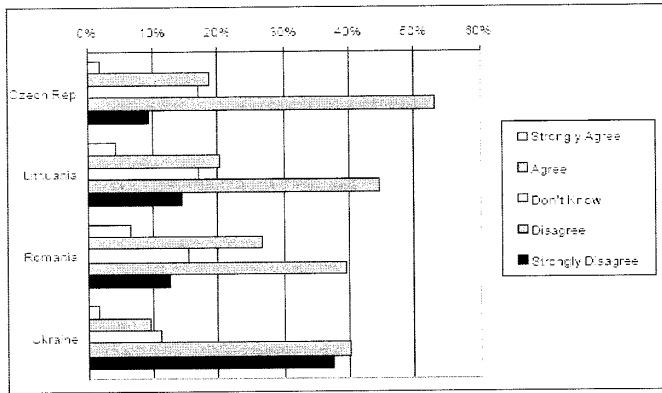
Şekil 3: Haftalık çalışma süresinin aşılma sıklığı



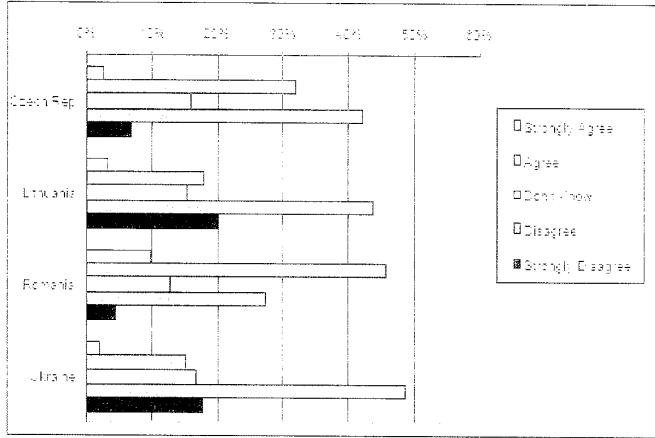
Şekil 4: Haftalık çalışma süresini aşanlar için ödeme sıklığı



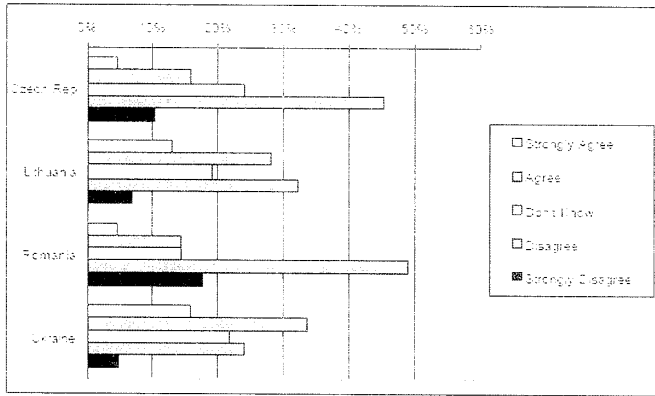
Şekil 5: Görelî ödeme miktarı sıklığı



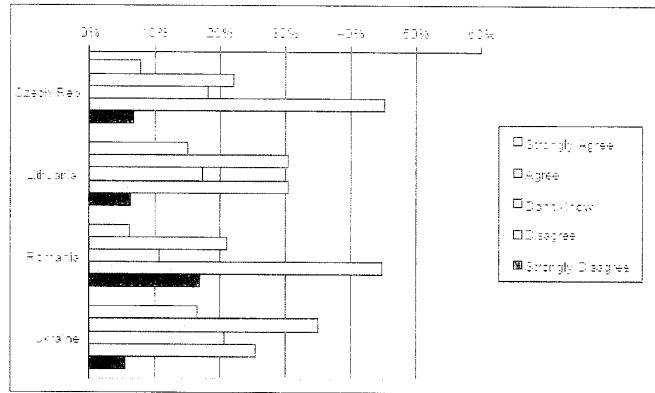
Şekil 6: "Ülkemin standartlarına göre çalışma koşullarım mükemmel" diyenlerin sıklığı



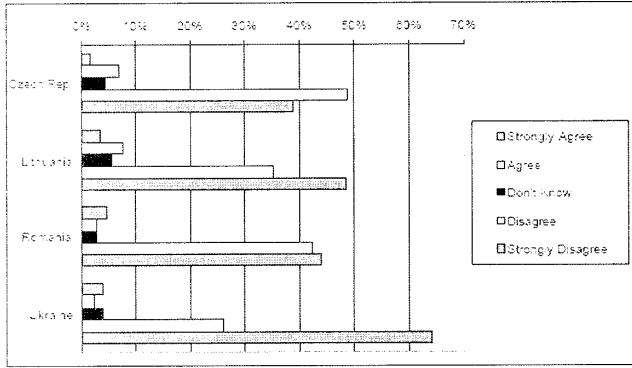
Şekil 7: "Çalışma Koşullarım Genel Olarak İyileşti" diyenlerin sıklığı



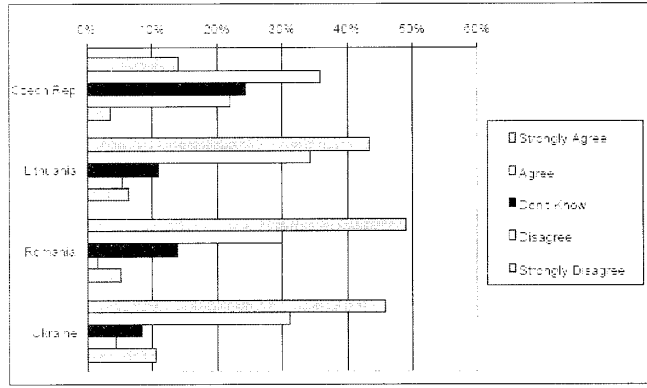
Şekil 8: "Çalışma Koşullarım Son 5 Yılda Kötüleşti" diyenlerin sıklığı



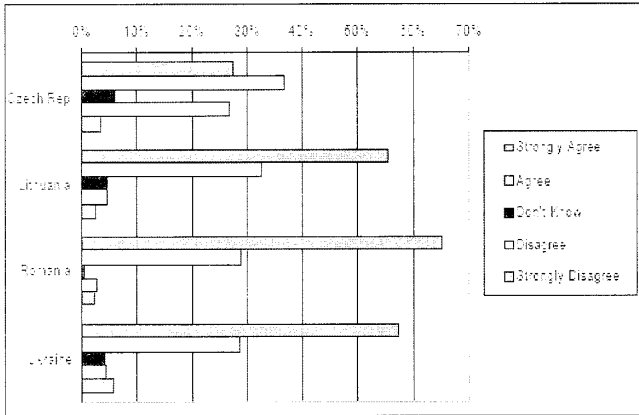
Şekil 9: "Çalışma Koşullarım Son 10 Yılda Kötüleşti" diyenlerin sıklığı



Şekil 10: "Şimdiki Maaşımdan Memnunum" diyenlerin sıklığı

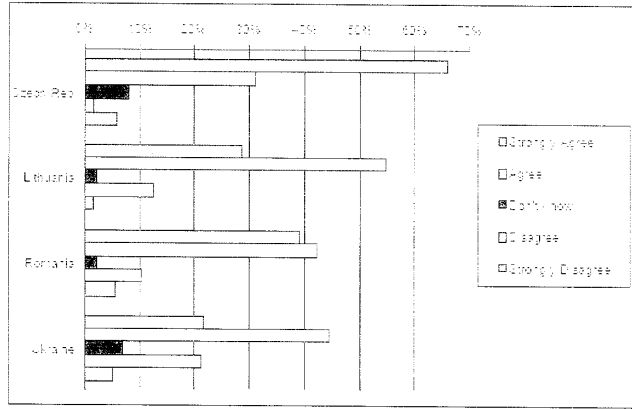


Şekil 11: "Enflasyon Hesaba Katıldığında 5 Yıl Öncekinden Bana Daha Az Maaş Ödeniyor" diyenlerin sıklığı

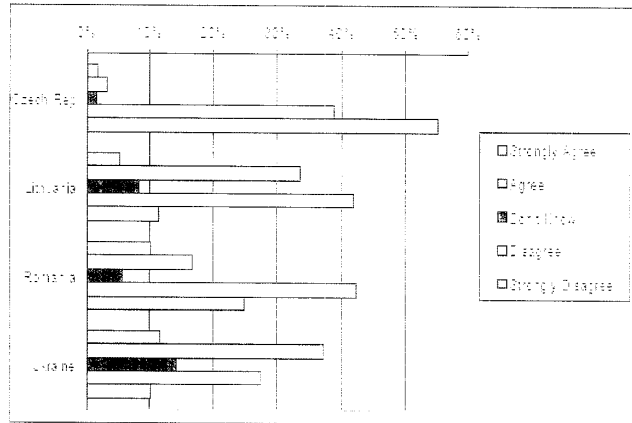


Şekil 12: "Maaşımla Geçinebilmek en büyük kaygım" diyenlerin sıklığı

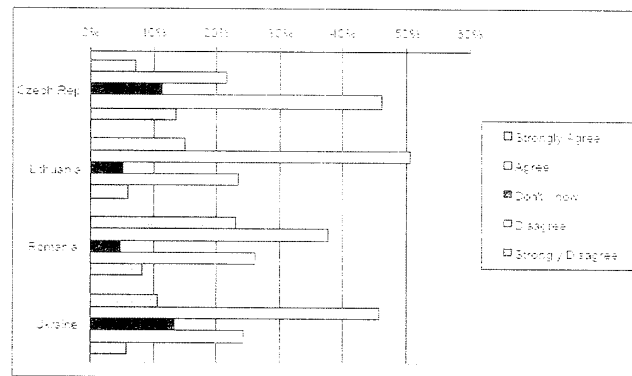




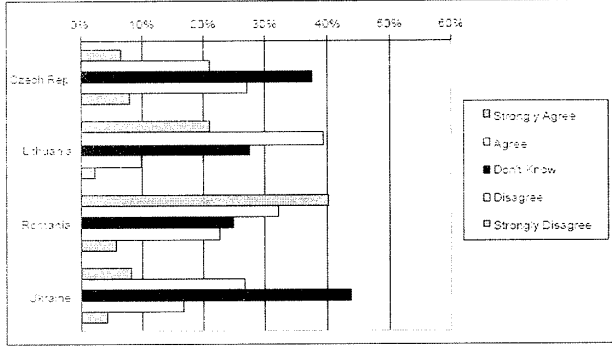
Şekil 13: "İşverenim Maaşımı Gecikmeden Öder" diyenlerin sıklığı



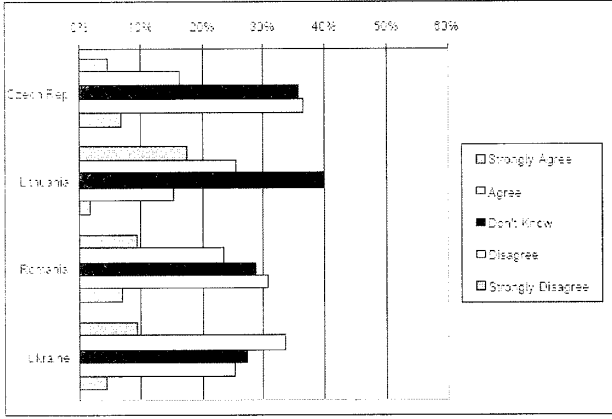
Şekil 14: "Maaşımın Tam Olarak Zamanında Alamadığım Oldu" diyenlerin sıklığı



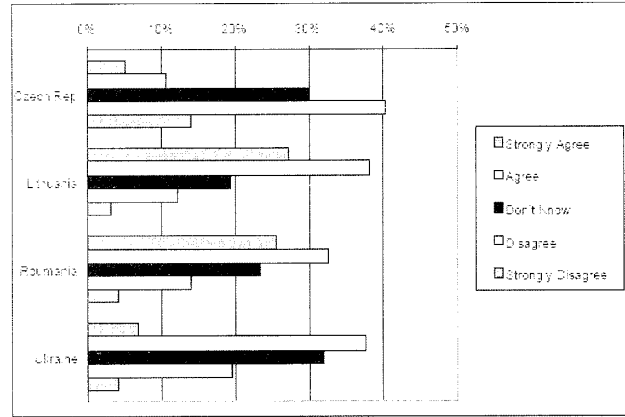
Şekil 15: "Son 5 Yılda İşimle İlgili Görevlerim Değişmedi" diyenlerin sıklığı



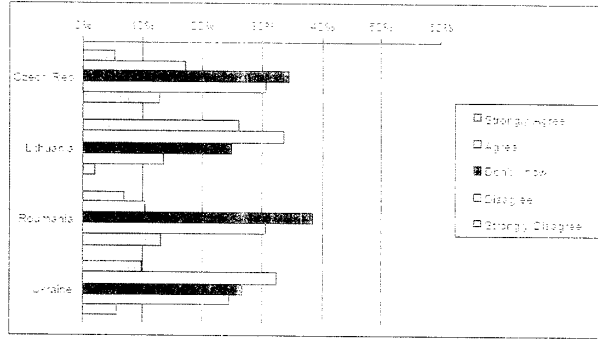
Şekil 16: Gelecekteki Yeniden Yapılanmanın İş Koşullarını Daha da Zedeleyeceğini Hissedenlerin sıklığı



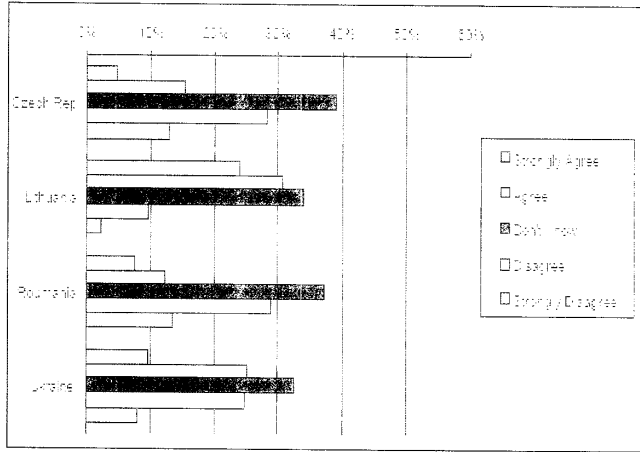
Şekil 17: "İşini Kaybedeceğimden Endişeleniyorum" diyenlerin sıklığı



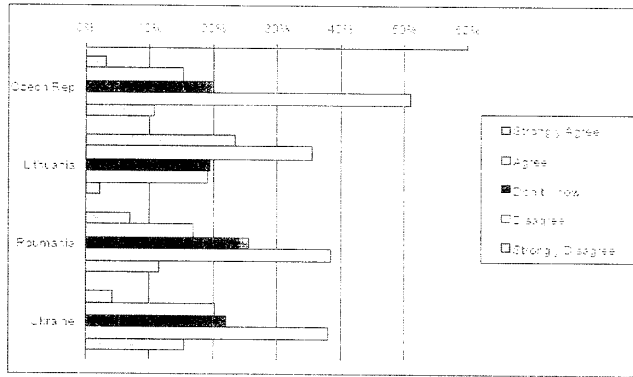
Şekil 18: "Yeni Bir İş Bulma Olasılığım Çok Azdır" diyenlerin sıklığı



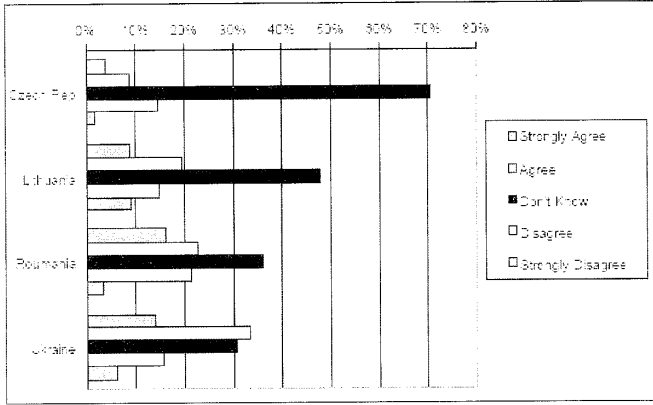
Şekil 19: "İşten atılırsam Niteliğime Uymayan, Daha Kötü Bir İşte Çalışmak Zorunda Kalacağım" diyenlerin sıklığı



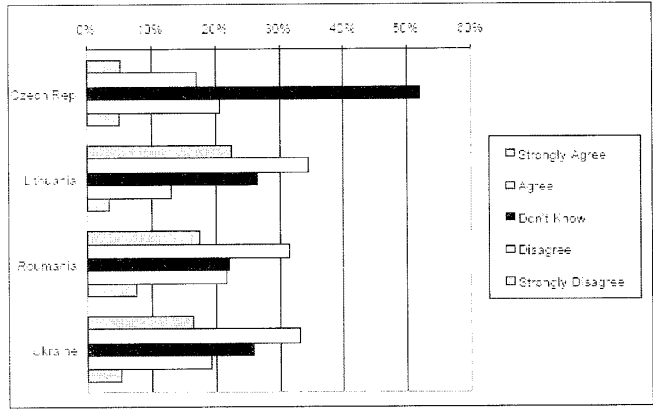
Şekil 20: "İşten Atılırsam Daha Az Maaşlı Bir İşte Çalışmak Zorunda Kalacağım" diyenlerin sıklığı



Şekil 21: "İşim Son 5 Yılda Daha Az Güvenli Oldu" diyenlerin sıklığı



Şekil 22: “Sendikam Son 5 Yılda Daha Güçsüz Oldu” diyenlerin sıklığı



Şekil 23: “Yöneticiler Son 5 Yılda İşçi Hakları Konusunda Daha Az İlgililer” diyenlerin sıklığı

### Sağlık Hizmetlerinin sürekli çalışan kamu görevlisi: memurlar yerine geçici çalışanlarla gördürülmesi

Sürekli, düzenli çalışanların geçici çalışanlarla ikame edilmesi (Casualisation) çalışma yaşamında iş güvencesinin olmayışı, düzensiz çalışma saatleri, aralıklı çalışma, düşük ücret ve çalışanların standart yararlarının olmayışı biçiminde kötü koşulların yayılması olarak tanımlanır (May, Campbell and Burgess (2002).

Esnek çalışma biçiminin bir parçasıdır, sağlık, eğitim gibi becerili çalışanların iş alanlarını etkiler, bireysel ödeme sözleşmesi ile çalışanların çokluğuna yönelmiş insan gücü kompozisyon değişikliği, eskisinden daha çok çeşitlilikte iş gördüren görev alanı değişikliği oluşturduğu bildirilmektedir. (Casualisation Of Public Services International Employment Relations Association 15th Annual Conference ‘Working Lives, Working Choices’ 9-12 July 2007 Jane Lethbridge)

2005’te ILO, PSI, ITU kamu hizmetlerinin liberalize edilmesinin çalışanlara etkisini saptamak üzere, sağlık, eğitim, sosyal hizmetler alanlarında araştırma yaptılar. Bulgu: Yoksulluğun feminizasyonu

**Sağlıkta Dönüşüm Programlarını Cinsiyete Göre Hakkaniyete Etkisi:**

Maliyet azaltma ve randıman artışı için:

- Sağlık çalışanı başına hasta oranı arttırıldı.
- Vardiya kondu.
- Görevlerin bir bölümü daha az becerili çalışanlara verildi.
- Geçici sözleşmeyle çalıştırılan kişi sayısı arttırıldı
- Bu politikalardan kadınlar daha kötü etkilendi
- Kanada: Sağlık çalışanları 1990'lar boyunca: olması gerekenden az sayıda kişi çalıştırma, ağırlaşan işyükü, işyerinde yükselen stres ve artan yaralanmalara dikkat çektiler.
- İsveç: Stokholm. Sağlık çalışanı sayısı 1990'da 67 000 iken, 2004'te 41 000, toplumun yaşlanması nedeniyle gereksinim artarken, hemşire sayısı % 50 azaldı
- Sağlık çalışanlarını temsil edici bir örnek üzerinde yapılan çalışmada stres düzeylerinde önemli bir artış, artmış iş yükü.
- Tüm iş kategorilerinde, özellikle hekimlerde her iki cinsten haftalık çalışma süresinde artış saptanmıştır. Bu zorlamalar özellikle kadın çalışanlarda tükenme sendromu bulgularında ve hastalık nedeniyle işe gelme sıklığında önemli bir artışa yol açmaktadır.

(Östlin P (2005). What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) <http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>. accessed [09.10.2008])

**Bulgaristan'da Sağlık Hizmetleri Reformu ve Özelleştirmenin Toplumsal ve Ekonomik Sonuçları:**

Health Care Reforms And Privatization - Social And Economic Consequences. Case Of Bulgaria. Dr. Nadezhda Daskalova, Dr. Lyuben Tomev, Violeta Ivanova, Angelina Nikolova, Zinaida Naydenova, Diana Trakieva Institute For Social And Trade Union Research adlı kaynaktan bir özet aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 1 : Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışan Sayısının Zamanla Değişimi**

Çalışan	1999	2005
Toplam	163 809	128 653
Kamu	162 832	109 644
Özel	2761	19 009

**Tablo 2: Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Özelleştirmeye İlişkin Değerlendirmeleri**

	Hastalar				Sağlık Çalışanları					
	Kesinlikle artıyor	Artıyor	Kalıyor	Kesinlikle kalıyor	Artıyor	Kesinlikle artıyor	Kalıyor	Kesinlikle kalıyor		
Sağlık Kuruluşlarının Özelleştirilmesi sürmeli	12	24	9	38	17	9	30	15	19	27
Özelleştirme ve Reformlar Sağlık hizmetlerine zarar verdi	49	24	7	11	9	28	24	22	8	18

**Tablo 3: Sağlık alışanlarının Reformların İş Güvencesine Etkisine ilişkin Değerlendirmeleri**

Sağlık Kuruluğu Tipi	Reformun İş Güvencesine etkisi		
	Arttı	Aynı düzeyde	Azaldı
Ayakta bakım	1,5	70,6	27,9
Devlet ve Belediye Hastanesi	0,8	55,0	44,2
Acil Servis	-	66,7	33,3
Hijyen-Epidemiyoloji Birimi	-	75	25
Ulusal merkez	-	66,7	33,3
Özel Hastane	3,8	80,8	15,4
Üniversite Hastanesi	5,9	64,7	29,4
Diğer	1,8	45,5	52,7

Sağlık alışanlarının ve Hastaların Reformların Yolsuzluklara Etkisine ilişkin Değerlendirmeleri

- Hastaların % 76'sı ve Sağlık alışanlarının % 54'ü yolsuzluklar reformlardan sonra arttı.
- Reformların yolsuzlukları azalttığını düşüneler sağlık alışanlarında % 7 ve hastalarda % 1'den azdı.

**Tablo 4: Sağlık alışanlarının Reformların alışma Koşullarına Etkisine ilişkin Değerlendirmeleri**

Sağlık Kuruluğu Tipi	Reformun alışma Koşullarına etkisi		
	Arttı	Aynı düzeyde	Azaldı
Ayakta bakım	7,1	80,3	12,6
Devlet ve Belediye Hastanesi	3,4	69,8	26,7
Acil Servis	-	73,3	26,7
Hijyen-Epidemiyoloji Birimi	-	75	25
Ulusal merkez	-	83,3	16,7
Özel Hastane	21,2	72,2	-
Üniversite Hastanesi	8,8	67,6	23,5
Diğer	10,9	69,1	20

**Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Reformların Çalışma Sürelerine Etkisine ilişkin Değerlendirmeleri**

Sağlık Kuruluşu Tipi	Reformun Çalışma Süresinin Uzunluğuna etkisi		
	Arttı	Aynı düzeyde	Azaldı
Ayakta bakım	34,2	64,8	1,0
Devlet ve Belediye Hastanesi	10,9	88,2	0,8
Acil Servis	20	80	-
Hijyen-Epidemiyoloji Birimi	8,3	91,7	-
Ulusal merkez	-	66,7	33,3
Özel Hastane	40,4	59,6	-
Üniversite Hastanesi	17,6	82,4	-
Diğer	3,6	94,5	-

Araştırmalar gösteriyor ki dönüşüm sürecindeki ülkelerin sorunları şiddet ve stres için katalizör rol oynamaktadır. Düşen yaşam standartları, yoksulluk, işsizlik, toplumdaki suç işleme sıklığı, korku ve güvensizlik bunlarla ilişkilidir. Sağlıkta dönüşüm programının yetersizlikleri, konuyla ilgili yetersiz bilgi, sağlık kuruluşları için finans yetersizliği, düşük ücretlendirme, düşük iş güvencesi, sürekli işten çıkarmalar sağlık sektöründe stres ve şiddetin artması için ek etmenlerdir.

#### **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık Çalışanları için birkaç söz**

DİSK, KESK ve TMMOB, İş Sağlığı ve Güvenliği Yasa Taslağı ile ilgili olarak, İstanbul’da ortak bir basın toplantısı düzenledi. “Önce insan, önce sağlık, önce iş güvenliği anlayışını taşımayan bu yasanın sosyal tarafı olmamız mümkün değildir”.

4857 sayılı iş yasası ile başlayan süreç, bir yandan esnek ve kural dışı çalışmayı, işçileri başka işverenlere kiralamayı, taşeronlaştırmayı yasal hale getirerek işverenlere sınırsız kolaylıklar sağlarken; diğer yandan kıdem tazminatlarını, fazla mesai ücretlerini, sendikal hak ve yetkileri işverenlerin lehine olarak yeniden düzenlemiştir.

Onay vermediğimiz bu son taslak Sağlıkta Dönüşüm Programının dokusuna uygun bir şekilde işçi sağlığı iş güvenliği hizmetlerini bir “pazar” haline getirmek, sağlık sermayesine yeni bir olanak sunmak için taşeronlaşmayı özendirerek ve işçilerin mesleki sağlık ve güvenliğini sağlık pazarının insafına terk etmek dışında bir özellik taşımamaktadır. Bu durum başta ağır ve tehlikeli işler olmak üzere tüm çalışma yaşamını olumsuz etkileyecektir (<http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/151-baslamalar/i193-i-sal-yasas> 09.10.2008).

#### **HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDET KAYGI VERİCİ BOYUTLARDADIR!**

Toplumsal yaşantının tüm alanlarında şiddet giderek yaygınlaşan bir eğilim haline gelmiştir. Bundan hekimlerde nasibini almaktadır. Yukarıda sayılan tüm olumsuz gelişmelerin sonucunda, hekimler her gün bakacaklarının çok üstünde hastaya bakmaya zorlanarak, olumsuz çalışma ortamlarının katkısı ile hedef

tahtası haline getirilmektedir. (Sağlığımızdan, İş güvencemizden, Mesleki Geleceğimizden Vazgeçmeyeceğiz! <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/basn-acklamalar/937-sadan-gcemizden-mesleki-gelecezen-vazgeyece>)

Sağlık çalışanı yetiştirmede nitelik erozyonu:ile sonuçlanacağı/ sonuçlanmakta olduğu söylenmekten bıkmayan çalışan sayısını artırmaya yönelik, yeni okullar açılması ya da mevcutlara kontenjan eklenmesi, Aile sağlığı elemanı adı altında Aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık mesleklerinin adının yok sayılması, toplum sağlığına hizmette özgün bir yeri olan sağlık memurları eğitiminin durdurulması- okullarının kapatılması, bazı hizmetleri az becerili sağlık çalışanlarma gördürmeye (Optisyen, Acil Tıp Teknisyeni, Aile doktoru, ...) yönelik girişim ve uygulamalar, hekimlerin kanaat özgürlüklerine kısıtlama getiren vaka başı ödeme/ paket fiyat uygulamaları, performansa dayalı ücretlendirme sürecin kimi yansımaları olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç yerine Ülkemizde Reform adlandırması ile yaşamımıza giren toplumsal yaşam ve sağlıkta yıkım sürecinin sağlık çalışanları açısından da izlemeye yönelik çalışmalara gereksinim vardır.



## TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ NEREYE GİDİYOR?

**Kayıhan PALA**

Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

*Bu yazı, yazarın daha önce Toplum ve Hekim Dergisi'nde yayınlanan [2007:22(1-2):62-69] makalesinin kısaltılmış biçimidir.*

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). IX.Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013). sağlık hizmetlerinde temel hedef olarak "Sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesini" ve "Hizmet sunumunda özel kesimin payının artırılmasını" belirlemiş bulunmaktadır. Burada ürkütücü olan, gelecek beş yılda da sağlık sektöründe kamu yerine özel sektörün desteklenmesinin sürdürüleceğinin açıklanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün ağırlığının artmasıyla birlikte, buna koşut olarak tedavi edici hizmetlere verilen ağırlık da artacaktır. Kurumun sağlıkla ilgili bazı saptamaları ise şöyledir (DPT 2006 : IX.Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013). <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf>):

• 2005 yılında hekim başına düşen nüfus sayısı 715 kişidir (Bu sayı Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerinde 680 kişi olarak verilmektedir). Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi en düşük 10 ilde yatak başına düşen nüfus sayısı en yüksek 10 ildekinin 2.5 katı iken, hekim başına düşen nüfusta söz konusu il grupları arasındaki fark 4 kata kadar çıkmaktadır.

• Yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin %95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

• Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nin %6.6'si iken; 2005'te 7.6'sına ulaşmıştır.

• AB ülkelerinde %16 olan ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, Türkiye'de 2005 yılında %34 olarak gerçekleşmiştir.

DPT tarafından sağlıkla ilgili hemen her belgede aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin temel nedeni "Sevk zincirinin etkinliğinin artırılması" olarak açıklanmasına karşın, Sağlık Bakanlığı tarafından ilk önce Düzce'deki pilot uygulamada, ardından diğer illerdeki pilot uygulamada sevk zorunluluğunun ortadan kaldırılması; aslında niyetin sevk zincirini sağlamak olmadığını da açıkça ortaya koymaktadır. Bilindiği gibi, Önceleri "Sağlıkta Reform" , sonraları ise "Sağlıkta Dönüşüm" adıyla yaşama geçirilmeye çalışılan uygulamaların temel amacı sağlığı özelleştirmektir ve artık gelinen noktada; mülkiyet devri dışındaki özelleştirmenin bütün aşamaları da (ne yazık ki) yerine getirilmiş durumdadır. Özelleştirmenin geldiği boyutu göstermesi bakımından devlet hastanelerinin harcamalarının temel olarak döner sermaye gelirlerinden sağlanması; temizlik, yemek ve çamaşır hizmetlerinin taşeronlaştırılmasının ardından, sağlık çalışanlarının da bu yolla istihdam edilmesi amacıyla yapılan girişimler ve hastanelerde özel sektörün görüntüleme/laboratuvar hizmetlerini sunmasının sağlanması çarpıcı örnekler olarak karşımızda durmaktadır.

Geçtiğimiz yıllar ülkede özel sağlık sektörünün hızla büyümesine tanıklık etmiştir. Toplumun beklentileri, özellikle yüksek gelir seviyesine sahip kesimden gelen talepler, özel sektörü artan oranda sağlık alanına yatırım yapmaya itmektedir. Bu gelişmeler bir yandan alt yapının gelişmesine ve hasta memnuniyetinin artmasına yol açsa da diğer taraftan sağlık alanındaki değişik gelir grupları arasındaki eşitsizlikleri artırmaktadır. Ayrıca kontrolden yoksun olarak sürdürülen bu büyüme sunulan hizmetlerin kalitesi ve sağlık çıktılarının durumu üzerindeki kuşku artırmaktadır. Türkiye'nin, sağlık alanında daha

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

---

fazla özelleşmek yerine, kamu sağlık sistemlerinin eksikliklerinin giderilmesi ve gelişimini böylece sürdürmesi genel beklentidir (*Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi (2002): "Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci Türkiye"* Yazarlar: B. Serdar Savaş, Ömer Karahan, R. Ömer Saka. Derleyen: Sarah Thomson, Elias Mossialos).

Türkiye sağlık sektörü, son 20 yılda yaklaşık 3 kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı giderek daha fazla Genel Bütçe dışı kaynaklardan (döner sermaye örneği) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve "modernleşme" yolunu seçmiştir. Devlete düşen rol, kaynak aktarımının alt yapısını güvenceye almak, kamu sağlık personelinin maaşlarını ödemek, kamunun içinin boşaltılması sürecine eşlik etmektir. Devletin bu alandaki yetkili kurumu Sağlık Bakanlığı ise, bütünüyle işlevsiz bir kuruma dönüşmüştür. 1980 ile başlayan süreç sonunda, kamu sağlık harcamaları artmasına karşın, kamu sağlık hizmetleri ve kamu sağlık kurumları çökertilmiştir (*TTB 2003: "Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere Sağlık Personeline Ne Getiriyor?" Türk Tabipleri Birliği, Ankara*).

Türkiye sağlık sistemi, devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla yaratılan bir "piyasa"da özel sektörün egemen olduğu; bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere, toplumun dar gelirli ve dezavantajlı kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin bugünkünden bile daha yüksek oranda sınırlanacağı bir yapıya doğru, hızla sürüklenmektedir. Bu yapının sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri daha da artıracacağı kesindir.

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ HARCAMALARI

**Dr. Ali Rıza ÜÇER**

Tıp Kurumu Genel Sekreteri

### Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamaları

AKP Hükümetinin işbaşına geldiği 2002 yılının sonundan günümüze toplam sağlık harcamaları önemli bir artış eğilimi içinde olmuştur. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti anlayışı yerine büyük ölçüde dışa bağımlı olduğumuz ilaç ve tıbbi teknoloji tüketimine odaklı tedavi edici sağlık hizmeti anlayışını önceleyen Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) kaçınılmaz sonucu olarak toplam sağlık harcamamız 2002 yılında 13 milyar dolar (20 Milyar YTL) iken 2007 yılında 39 milyar dolara (50 milyar YTL) çıkmıştır.<sup>1</sup>

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı 1999 yılında % 6 (yeni milli gelir serisine göre % 4.5) iken 2005 yılında özellikle kamu kesimindeki reel artışın da etkisiyle % 7.4. (%6) 2007 yılında ise % 8 (% 6.2) dolayında olmuştur. 2008 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranının % 8.5’a (% 6.5) yaklaşacağı öngörülmektedir.

#### A) Kamu Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı 2007 yılında yeni milli gelir serisine göre % 4.1’dir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı artarak % 70’lere ulaşmıştır. Bu artıştaki başat faktör sosyal güvenlik kurumları ve yeşil kart sağlık harcamalarındaki artıştır.

Kamu sağlık harcamalarını gerçekleştiren temel kurumlar Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, üniversiteler ve yerel yönetimlerdir. Kamu sağlık harcamaları daha çok bütçe dışı kaynak kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Bütçe kaynaklarını kullanma oranı ortalama % 40 olup yeşil kart ve memur sağlık harcamaları ayıklandığında bu oran % 20’lere düşmektedir. Oysa ki eğitim sektöründe bütçe kaynaklarını kullanma oranı % 90’ı aşmaktadır. 2007 yılında toplam kamu sağlık harcamalarının % 70’ini Sosyal Güvenlik Kurumu (% 58.5) ve yeşil kart (% 11.5) harcamaları oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı harcamalarıysa yeşil kart sağlık harcamaları göz ardı edildiğinde kamu sağlık harcamalarının yalnızca % 18’ini oluşturmaktadır.<sup>2</sup>

Kamu sağlık harcamaları 2002 yılında 13.7 milyar YTL iken 2007 yılında 35.3 milyar YTL’ye yükselmiştir. (% 157 artış) Sabit fiyatlarla (2006=100) 2002’de 28 milyar YTL olan kamu sağlık harcamaları 2007 yılında 32.7 milyar YTL’dir. (% 17 artış). ABD doları bazındaysa 2002 yılında 9.1 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları 2007 yılında 27.2 milyar dolara çıkmıştır. (% 200 artış).

Sağlık Bakanlığı harcamalarının GSYİH’ya oranı 2008 yılında % 1.46’dır. (yeni seriye göre % 1.12). Yeşil kart harcamaları çıkarıldığında bu oran % 0.92’ye düşmektedir. (yeni seriye göre % 0.71). Buna karşın aynı yıl sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı % 3.09’dur. (yeni seriye göre 2.33)<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı düşmekte, koruyucu sağlık hizmetleri içinde yer alan halk sağlığı harcamaları da reel olarak azalmaktadır. Halk sağlığına ayrılan merkezi bütçe kaynaklarının GSYİH’ya oranı % 0.04’e.

<sup>1</sup> Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamalarında Artış, Tıp Kurumu Raporu, Eylül 2008

<sup>2</sup> TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Mali İzleme Raporu, Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Şubat 2008.

<sup>3</sup> Ferhat Emil, H.Hakan Yılmaz, 2002, 2006, 2008.

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sağlık harcamaları içindeki payı ise % 1.1'lere kadar düşmüştür. Sağlık Bakanlığı tedavi harcamaları başta olmak üzere ödeneğin üzerinde harcarken halk sağlığından tasarruf etmeye çalışmaktadır. <sup>4</sup>

OECD verilerine (2005) göre kişi başına koruyucu nitelikte halk sağlığına yönelik yapılan harcamaların düzeyinin en düşük olduğu ülke Türkiye çıkmaktadır. 1999 yılında kişi başına 5 dolar düzeyinde olan koruyucu sağlık harcaması 2003 yılında 4,8 dolara düşmüştür.

**Tablo-1 Seçilmiş Ülkelerde Kişi Başına Koruyucu Sağlık Hizmetleri (ABD Doları) <sup>5</sup>**

Ülkeler	1999	2003
Avusturya (2002)	31	32
Kanada	133	202
Çek Cumhuriyeti	8	19
Finlandiya	57	85
Fransa	59	73
Almanya	123	151
Macaristan (2002)	17	24
İzlanda	20	52
İtalya	7	13
Japonya (2002)	77	58
Kore	8	9
Lüksemburg (2002)	27	39
Meksika	2	12
Hollanda	107	160
İspanya	11	19
İsviçre	95	108
Türkiye*	5	4,8
Amerika Birleşik Devletleri	174	216

### **Kamu Sağlık Harcamalarının Yönünde Özel Sağlık Sektörüne Kayma Vardır**

Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde kamu sağlık harcamaları reel olarak artarken kamunun özel sağlık kurumlarından aldığı tedavi hizmetleri de artmaktadır. 2007 yılında kamu kurumlarının özel sağlık kurumlarından aldığı hizmetlerin bedeli 3 milyar YTL (2,3 milyar dolar) düzeyine çıkmıştır. Bedeli ödenmeyerek ertelenen harcamalarla bu tutar 2,5 milyar dolar dolayındadır. Toplam kamu sağlık harcamalarının % 9'u, toplam tedavi harcamalarının % 21'i özel sağlık kurumlarına kaymıştır. Oysa ki bu oranlar 2002 yılında sırasıyla % 3,8 ve % 14'tür. <sup>6</sup>

<sup>4</sup> H. Hakan Yılmaz, 2007.

<sup>5</sup> OECD Health Data 2005 ve H.Hakan Yılmaz (2007)

<sup>6</sup> TEPAV, agk, sayfa 27

Aşağıda ayrıntılı biçimde değerlendirilen Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarında da görüldüğü gibi özel sağlık kurumlarına aktarılan kaynak 2008 yılında 2007 yılında aktarılan kaynağın yaklaşık iki katına yükselmiştir. Hastane ilaç harcamaları da göz önüne alındığında Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarının yarıya yakınına ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Tıbbi teknoloji, cihaz ve sarf malzemeleri harcamaları da buna eklendiğinde oran % 70'lere yaklaşmaktadır. İlaç, tıbbi teknoloji, sarf malzemeleri ve özel sağlık hizmetlerine kaydırılan bu kaynaklar Sağlıkta Dönüşüm Programının kaçınılmaz sonucudur.

### **B) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Harcamaları**

**Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları AKP hükümetinin işbaşına geldiği 2002 sonundan bugüne hızlı bir artış göstermiştir.**

2002 yılında 7.6 milyar YTL olan toplam SGK (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) sağlık harcamaları 2007'de 20 milyar YTL'ye, 2008'de de (tahmini) 25 milyar YTL'ye çıkmıştır. Kurumun devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve firma borçları yaklaşık 4 milyar YTL'dir. Bu da göz önüne alındığında SGK'nın 2008 yılındaki toplam sağlık harcaması 30 milyar YTL'ye yaklaşacaktır.

SGK'nın 2002 yılında 4.3 milyar YTL olan ilaç harcamaları 2007'de 8.6 milyar YTL'ye, 2008'de de (tahmini) 11 milyar YTL'ye yükselmiştir. AKP hükümeti döneminde SGK ilaç harcamaları yaklaşık 2.5 kat artmıştır.

SGK toplam sağlık harcamalarının yarıya yakınına oluşturan toplam tedavi (hastane ve özel merkezler) harcamalarında dikkat çekici bir artış göze çarpmaktadır. Özellikle AKP'nin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde tıpkı üniversite hastanelerinde olduğu gibi her biri 'kârlılık' hedefine odaklanarak döner sermayeli bir sağlık işletmesine dönüştürülen devlet hastanelerinin yanı sıra bu küresel programla hararetle bir teşvik gören özel hastane harcamalarındaki artış da oldukça dikkat çekicidir.

2002 yılında 2.8 milyar YTL olan toplam tedavi harcamaları 2007'de 10.3 milyar YTL'ye, 2008'de de (tahmini) 13 milyar YTL'ye çıkmıştır. SGK'nın döner sermayeli devlet hastanelerine yaptığı ödeme 2002 yılında 1.8 milyar YTL iken 2007'de 6.4 milyar YTL, 2008'de de (tahmini) 7.5 milyar YTL olmuştur.

### **Sosyal Güvenlik Kurumunun Özel Hastane Ödemelerinde Dikkat Çekici Artış Vardır**

SGK hastane ödemeleri içerisinde özel hastanelerdeki çok hızlı artış programın kaçınılmaz sonucudur. 2002 yılında 0.4 milyar YTL olan SGK özel hastane ödemeleri 2007 yılında 2.35 milyar YTL'ye 2008'de de (tahmini) bir önceki yıla göre katlanarak 5.5 milyar YTL'ye yükselmiştir.<sup>7</sup> AKP hükümeti döneminde SGK'nın özel hastanelere aktardığı kaynak 14 kat artmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının desteğiyle özel hastane sayısı 380'e ulaşmıştır. İstanbul, Ankara ve İzmir'deki toplam özel hastane sayısı 177, (Türkiye'deki özel hastanelerin yarısı) özel hastane yatak sayısı ise 10.156'dır. (Türkiye'deki özel hastane yataklarının % 56.5'u),<sup>8</sup> Türkiye'nin toplam nüfusunun % 18'ini oluşturan İstanbul'da özel hastanelerin % 38'i, özel hastane yataklarının % 44'ünün olması dikkat çekicidir. Üç büyük ilin nüfusunun toplamıysa 20.778 milyondur.<sup>9</sup> (İstanbul, Ankara ve İzmir'in nüfusu Türkiye'nin toplam nüfusunun % 29.5'udur, oysa ki Türkiye'deki özel hastanelerin % 48.5'u, özel hastane yataklarının da % 56.5'u üç büyük ildedir). Özel hastaneler sosyoekonomik açıdan gelişmiş ve büyük illerde yoğunlaşmakta, alım gücünün yüksek olduğu toplumsal sınıf ve katmanlara daha yüksek oranda ve yoğunlukta hizmet sunmaktadır.

<sup>7</sup> SGK 2002-2008 verileri

<sup>8</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye İstatistik Yıllığı 2007, Tablo 5.3, İBSS'ye göre sağlık kurumlarına ilişkin istatistikler 2007, <http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf>

<sup>9</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye İstatistik Yıllığı 2007, Tablo 3.11, İBSS'ye ve cinsiyete göre şehir ve köy nüfusu ve nüfus yoğunluğu, 31.12.2007, <http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf>

### SGK İlaç Harcamaları da Hızla Artmaktadır

SGK'nın Ocak-Haziran 2008 toplam sağlık harcaması 12.5 milyar YTL'dir. Bunun 5.25 Milyar YTL'si (%42) ilaç harcamalarıdır. Hastane ilaç harcamaları bunun içinde değildir, zira Kurum istatistiklerinde hastane harcamaları arasında yer aldığından görünmemektedir. Bu durum da göz önüne alındığında SGK harcamalarının yaklaşık yarısı ilaç harcamalarıdır. Burada SSK'nın tasfiyesinin yarattığı sonuçlar oldukça dikkat çekicidir.

SSK'nın 2004 yılındaki (tasfiyesi öncesi) ilaç harcaması 2.7 milyar YTL, 2007 yılındaki ilaç harcamasıysa 6.4 milyar YTL'dir. SSK'nın 2008 yılı ilaç harcaması tahmini 7.5-8 milyar YTL aralığında olacaktır.<sup>10</sup> SSK ilaç harcamalarında 2004 yılına göre yaklaşık 3 kat (5 milyar YTL) artış vardır. Bu paranın büyük bölümü ulus ötesi ilaç şirketlerine transfer edilmiştir.

Baş döndürücü biçimde artış gösteren Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarının önemli bir kısmı büyük ölçüde dışa bağımlı olduğumuz ilaç, tıbbi teknoloji-tıbbi cihaz-tıbbi malzeme harcamalarına aittir. Yani ulus ötesi medikal kartele transfer edilmektedir. En büyük alıcısının Sosyal Güvenlik Kurumu olduğu ilaç ve medikal ürün pazarında 2007 yılında ithalatımız 6.5 milyar dolar dolayında, dış ticaret açığımız da 6 milyar dolar dolayındadır. Her yıl artan dış ticaret açığımız ve cari açığımızda ilaç /medikal ürün ticaret dengemizin önemli boyutlarda bozulması başat faktörlerden biri olmuştur.

### C) Yeşil Kart Sağlık Harcamaları

Yeşil kart kapsamındaki yurttaşların sayısı genel ve yerel yönetim seçim dönemleriyle de ilintili olarak hızlı bir değişkenlik göstermektedir. 2000 yılından bu yeşil kart sağlık harcamalarında 18 kat artış görülmüştür. 2000 yılında 10 milyon yeşil kartlı sayısı 2002 yılında 13 milyona ulaşmıştır. 2004 yılında ise 6.7 milyona düşen yeşil kartlı sayısı 2005 yılında yine artış göstererek 10,8 milyon, 2006 yılında 12,5 milyon 2007 yılında da 14,5 milyona çıkmıştır. 22 Temmuz 2007 genel yönetim seçimlerinin ardından yeşil kart iptal işlemlerinde yeniden bir yoğunlaşma olmuştur. Eylül 2008 itibarıyla yeşil kart kapsamı 9,4 milyona gerilemiştir.

Yeşil kart toplam sağlık harcamaları 2002 yılında 816 milyon YTL iken 2003 yılında 1 milyar 170 milyon YTL, 2004 yılında 1 milyar 131 milyon YTL, 2005 yılında 1 milyar 810 milyon YTL, 2006 yılında da 2 milyar 870 milyon YTL'ye ulaşmıştır. 2007 yılında yeşil kart harcamaları 2 milyar 870 milyon YTL'ye, 2008'in ilk altı ayında da 2 milyar 229 milyon YTL'ye çıkmıştır.<sup>11</sup> Yeşil kart sağlık harcamalarının 2008 yılında 4,5 milyar YTL dolayında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Yeşil kart sağlık harcamalarının yarıya yakını ilaç harcamalarıdır.

### Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde İlaç Harcamaları

Sağlıkta Dönüşüm Programının da etkisiyle ilaç pazarımız dünyanın en hızlı büyüyen pazarlarından biri haline gelmiştir. IMS verilerine göre 2007 yılında Türkiye'de serbest eczaneler kanalıyla yapılan satışlarda üretici fiyatlarıyla ilaç tüketimi 9 milyar dolardır. (11.6 milyar YTL / 6.5 milyar Euro).<sup>12</sup> Hastane ve IMS dışı kanallar da göz önüne alındığında üretici fiyatlarıyla ilaç tüketimimiz yaklaşık 10 milyar dolar, tüketici fiyatlarıyla da yaklaşık 14 milyar dolar olmuştur. Aynı yıl kişi başı ilaç tüketimimiz üretici fiyatlarıyla (hastane ilaç harcamalarıyla birlikte) yaklaşık 140 dolar, tüketici fiyatlarıyla da yaklaşık 200 dolardır.

AKP Hükümetinin işbaşına geldiği 2002 yılı sonunda üretici fiyatlarıyla ilaç tüketimiz (hastane ve IMS dışı kanallar hariç) 3.3 milyar Euro iken 2007 yılı sonunda iki katına çıkarak 6.5 milyar Euro olmuştur.<sup>13</sup> Sağlık Bakanlığı yetkilileri

<sup>10</sup> SSK 2004-2007 verileri, SGK 2007-2008 verileri

<sup>11</sup> Sağlık Bakanlığı yeşil kart verileri

<sup>12</sup> IMS Türkiye 2007 verileri

<sup>13</sup> IMS Türkiye 2002 ve 2007 verileri, İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İEİS), Sektörel Göstergeler, Reçeteli İlaç Pazarı 2008. [http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12)

bu artışın özellikle SSK ve yeşil kart kapsamındaki hastaların serbest eczanelerden ilaç almasının yolunun açılması nedeniyle ilaca erişimin kolaylaşmasından kaynaklandığını. SSK'nın tasfiyesi sonucunda yürürlüğe sokulan Kamu İlaç Alım Protokolü ile ilaç harcamalarının dengelendiğini savunmaktadır. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası verilerine göre Türkiye'de 2002 yılında 790 milyon kutu olan ilaç tüketimi 2007 yılında 1.3 milyar kutuya yükselmiştir. (kutu bazında % 65. üretici fiyatlarıyla Euro bazında % 100 artış). Sağlıkta Dönüşüm Programının da (SDP) temelini oluşturan bu bakış açısında ilaç tüketiminin artması ile sağlık çıktılarının iyileşmesi arasında doğrudan bir ilişki olduğu yansımaları vardır. Oysaki asıl olan ilacın da yerinde ve etkili kullanımını sağlamaktır.

SDP sürecinde kutu bazında ilaç tüketiminin artışında ilaca erişimin kolaylaşmasının rolü vardır, ancak kutu bazında pazar genişlemesi ilaca erişimin görece zor olduğu dönemlerde de sürmekteydi. SDP bu genişlemeyi hızlandırmakla birlikte kutu bazındaki artışın tümünü değil yalnızca bir bölümünü etkilemiştir. SSK'nın çok avantajlı ilaç alım modeliyle yürürlükten kaldırılan Kamu İlaç Alım Protokolü ile AB ülkelerine endeksli referans fiyat uygulaması ulus ötesi ilaç şirketlerinin lobi faaliyetleri sonucu çıkarılan ve ilaçta büyük ölçekli bir küresel zoka olan 1984 tarihli İlaç Fiyat Kararnamesiyle karşılaştırıldığında görece bir avantaj sağlamıştır. Bu avantaj da sağlanmamış olsaydı hızla artan ilaç harcamalarımız kamu maliyesinin altından kalkamayacağı boyutlara ulaşacaktı. Dolayısıyla gerek 2004 yılı başında yürürlüğe giren AB ülkelerine endeksli referans fiyat uygulaması gerekse 2005 yılının başında yürürlüğe giren Kamu İlaç Alım Protokolü sistemin zorla da olsa sürdürülebilmesi açısından kaçınılmaz düzenlemelerdi.

Türkiye ilaç pazarı dünyanın 13 büyük pazarı konumundadır. 2009 yılında da ilk 10 Pazar arasına girmesi beklenmektedir.<sup>14</sup> Son on yılda ilaç pazarımız dolar bazında 4 katlık bir büyüme göstermiştir.<sup>15</sup> Türkiye'nin de arasında olduğu gelişmekte olan 7 ülkede 2020 yılında dünya ilaç satışlarının beşte birinin gerçekleşeceği öngörülmektedir.<sup>16</sup> Bir yandan ilaç tüketimiz hızla artarken öte yandan ilaçta dışa bağımlılığımız derinleşmektedir. Yerli ilaç şirketlerimiz ulus ötesi ilaç şirketleri tarafından yutulmaktadır. Çoğu jenerik olmak üzere yaşanan evlilikler ve satın almaları Türkiye'deki en büyük 20 ilaç firmasının 14'ü yabancı şirketlerin eline geçmiş, böylece ulus ötesi şirketler ulusal pazarın % 70'inden fazlasını denetimleri altına almıştır.

Türkiye'de ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi cihaz ve sarf malzemeleriyle birlikte sağlık harcamalarının düşük olduğunu, yükseltilmesi gerektiğini sektördeki ulus ötesi şirketlerin temsilcilerinin yanı sıra kimi siyasetçi, bürokrat, akademisyen ve sağlık alanında ilerici olduğunu savlayan meslek örgütü/sendika yöneticileri de savunmaktadır. Oysaki kaynaklarımız sınırsız değildir, sağlığa, ilaca, tıbbi teknolojiye ayrılan kaynakların koşulsuz artırılması talebinden önce etkili, verimli kullanılıp kullanılmadığı ve bu harcamaların ulusal gelir içindeki payının ne olduğunun açığa çıkartılması gerekmektedir.

### Ülkelerin Kişi Başı İlaç Tüketimini Karşılaştırmak Elmalarla Armutları Toplamaktır!

İlaç tüketiminde dünya lideri olan ve dünya ilaç pazar payının yarıya yakınına sahip olan ABD'de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla .98 milyar dolar ilaç tüketilmiştir.<sup>17</sup> Cari fiyatlarla ABD'nin aynı yıl milli geliri 13.2 trilyon dolar, kişi başı milli geliri de 44 bin dolardır.<sup>18</sup> ABD'de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla kişi başına tüketilen ilaç miktarıysa 661 dolardır. Ancak aynı yıl ABD'de üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla satılan ilaçların ulusal gelire oranı yalnızca % 1.5 dur.

14 Türkiye İlaç Pazarında Gelecek Perspektifi, Dr. Ali Akyıldız, *hedef Sağlık*, 24. Sayı, <http://www.hedefim.com/v3/hs/24/4.asp>

15 İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İEİS) 1996-2006 verileri ve IMS 1996-2006 verileri.

16 PricewaterhouseCoopers (PwC), *Pharma 2020: the vision-which path will you take?*

<http://www.pwc.com/extweb/industry.nsf/docid/4817112722b1ce7085256d7c005be35b>

17 IMS Retail Drug Monitor, 12 months to December 2006.

[http://www.imshealth.com/vgn/images/portal/cui\\_40000873;31;60/80273141IMS%20Retail%20Drug%20Monitor%20for%20December%202006.pdf](http://www.imshealth.com/vgn/images/portal/cui_40000873;31;60/80273141IMS%20Retail%20Drug%20Monitor%20for%20December%202006.pdf)

18 World Bank Data&Statistics 2007, *Quick Reference Tables, Total GDP 2006/Population 2006*.

<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>

<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/POP.pdf>

İngiltere'de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla 15.7 milyar dolar ilaç tüketilmiştir. Cari fiyatlarla İngiltere'nin aynı yıl milli geliri 2.3 trilyon dolar, kişi başı milli geliri de 39 bin dolardır. İngiltere'de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla kişi başına tüketilen ilaç miktarıysa 260 dolardır. Ancak aynı yıl İngiltere'de üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla satılan ilaçların ulusal gelire oranı yalnızca % 0.65 dir.<sup>19</sup>

Türkiye'de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla 7 milyar dolar ilaç tüketilmiştir. Cari fiyatlarla 2006 yılında milli gelirimiz 400 milyar dolar, kişi başı milli gelirimiz de 5500 dolardır. Aynı yıl kişi başına ilaç tüketimimiz üretici fiyatlarıyla yaklaşık 100 dolardır, yani 2006 yılında ABD'nin kişi başı ilaç tüketimi Türkiye'nin yaklaşık 7 katı, İngiltere'nin kişi başı ilaç tüketimiye Türkiye'nin yaklaşık 2,5 katıdır. Ancak, 2006 yılında ABD'nin ulusal geliri Türkiye'nin 33 katı, kişi başı ulusal geliri de 8 katıdır. İngiltere'nin ulusal geliri Türkiye'nin 6 katı, kişi başı ulusal geliri de 7 katıdır.<sup>20</sup>

### Gerçek Karşılaştırma Ölçütü İlaç Tüketiminin Ulusal Gelire Orandır!

Türkiye'de 2006 yılında ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı % 1.75'dir, bu oran ilaç tüketimde açık ara dünya lideri olan ABD'den (% 1.5) bile yüksektir.

**Tablo-2 İlaç Tüketiminin Ulusal Gelire Oranı**

Ülkeler (2006 Yılı)	Ulusal Gelir (Cari Fiyatlarla Milyar \$)	İlaç Tüketimi (Üretici Fiyatlarıyla-Milyar \$)	İlaç Tüketiminin Ulusal Gelire Oranı (%)
ABD	13.200	198.00	1.50
Fransa	2.230	25.60	1.15
Almanya	2.900	27.70	0.95
İtalya	1.845	15.00	0.80
İngiltere	2 345	15.70	0.65
Meksika	840	8.00	0.95
Türkiye	400	7.00	1.75

Kaynak: World Bank Data&Statistics 2007/IMS Retail Drug Monitor, December 2006

Tablo2'de açıkça görüldüğü cari fiyatlarla dolar bazında ilaç tüketimi ABD ve AB ülkelerine göre düşük gibi görünen Türkiye, ilaç tüketimin ulusal gelire oranında dünya lideridir. Kişi başı ilaç tüketimin kişi başı ulusal gelire oranında da tablo hemen hemen aynıdır. Zira, Türkiye'nin kişi başı ulusal gelirinin tablodaki ülkelerin kişi başı ulusal geliriyle karşılaştırılmasında da arada büyük bir fark olduğu göze çarpmaktadır. Kişi başı ulusal gelir karşılaştırmasında Türkiye'nin kişi başı ulusal gelirinin: ABD: 8 katı, İngiltere, Fransa ve Almanya 6.5-7 katı, İtalya 6 katı, Meksika ise 1.5 katıdır.

<sup>19</sup> agk 1 ve 2

<sup>20</sup> IMS Türkiye 2007 verileri, agk 1 ve 2



**Türkiye'de İlaç Üretimi Yetersizdir!**

İlaç sektöründe 2006 yılında 3.95 milyar dolarlık üretim gerçekleştirilmiştir.<sup>21</sup> Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığında ilaç üretimimiz, çok düşük seviyededir

**Tablo-3 Avrupa'da ve Türkiye'de Üretici Fiyatlarıyla İlaç Üretimi ve Tüketimi**<sup>22</sup>

Ülkeler 2005 Yılı	Toplam İlaç Üretimi Milyar _	Toplam İlaç Tüketimi Milyar _	İlaç Üretiminin Tüketimine Oranı (%)
Fransa	34.3	23.8	144
İngiltere	22.9	15.6	147
İtalya	21.6	15.7	138
İsviçre	16.0	2.7	592
İsveç	5.7	2.7	211
Danimarka	4.9	1.5	326
Türkiye	3.2	5.3	60

**Türkiye İlaç Pazarı Dışa Bağımlıdır!**

2007 yılında ilaç ithalatımız 3.5 milyar dolar, ihracatımız 350 milyon dolar, ilaç ihracatının ithalatı karşılama oranıysa yalnızca % 10 olarak gerçekleşmiştir.<sup>23</sup> İlaç ve medikal ürün ithalatımızdaki hızlı artış eğilimi dış ticaret açığımız ve cari açığımızda başat bir rol oynamaktadır. ABD, AB ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde ithalat artışından fazla ihracat artışı ve ilaç ticaret fazlası gözlenmektedir.

**Tablo-4 Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de İlaç İhracatı ve İthalatı**<sup>24</sup>

Ülkeler 2005 Yılı	Toplam İlaç İhracatı Milyar _	Toplam İlaç İthalatı Milyar _	İlaç Ticaret Dengesi Milyar _	İlaç İhracatının İthalatını Karşılama Oranı (%)
Almanya	30.7	24.6	6.1	122
İsviçre	25.7	12.4	13.3	207
Fransa	18.4	13.8	4.6	133
İngiltere	18.1	12.8	5.3	141
İtalya	10.6	11.2	-0.6	95
İsveç	5.8	2.2	3.6	263
Danimarka	5.1	1.9	3.2	268
Türkiye	0.2	2.3	-2.1	10

21 İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Sektörel Göstergeler Raporu 2007.

22 Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu (EFPIA), The Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2007 Update ve İEİS 2005 verileri <http://www.efpia.org/Objects/2/Files/infigures2007.pdf>

23 İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Sektörel Göstergeler Raporu ve İEİS 1994 verileri [http://www.ieis.org.tr/iyeni\\_site/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/iyeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12)

24 EFPIA agk

**"Sağlıkta Dönüşüm Programı" Küresel Bir Dayatmadır!**

Ulus ötesi ilaç şirketlerinin Türkiye'deki temsilcilerinin de içinde olduğu lobi gurupları "AKP Hükümetinin "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı olduğunu, programla sağlık hizmetlerinin iyileştirildiğini ve yaygınlaştırıldığını, bu nedenle de sağlık harcamalarının faturasının artmasının doğal olduğunu" ileri sürmektedir. Dahası "OECD ülkelerini yakalamak için bu harcamaların daha da artırılması gerektiğini" savunmaktadır.<sup>25</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkisiyle 2007 yılında kamu sağlık harcamaları 27 milyar dolara, toplam sağlık harcamalarıysa 39 milyar dolara çıkmıştır. Kamu sağlık harcamalarının önemli bir bölümü ilaç, tıbbi teknoloji ve tıbbi sarf malzemesi harcamalarıdır. Sağlık harcamalarında hızlı artış ve dışa bağımlılığın derinleşmesi birbirini beslemektedir.

Ulus ötesi şirketlerin lobi odakları, "Türkiye'nin ilaç harcamalarının ulusal gelire oranının, gelişmiş ülkelerden bile yüksek olduğunu vurgulayarak, ilaca çok para harcadığını savunmak yanlıştır, en yeni ve en etkin tedavi ve ilaçlara erişmek için yüksek bile olsa, bedel ödenmesi doğaldır demektedir.<sup>26</sup> Bu sav kabul edildiğinde hastaların "en yeni ve en etkin" tedavi ve ilaçlara erişmesinin önkoşulu olarak ilaç harcamamızı ABD düzeyine ulaştırabilmek için 6-7 katına, gelişmiş AB ülkelerini yakalayabilmek için de 3-4 katına çıkarmamız gerekir, bu yükü kaldıramayız!

İlaç fiyatlarının AB ülkelerine endekslediği referans fiyat sisteminde Sağlık Bakanlığı AB üyesi ülkeler arasından her yıl ilaç fiyatlarının en düşük olduğu ülkeleri belirlemektedir. Bu uygulamadan önce ulus ötesi ilaç şirketlerinin lobi faaliyetlerinin etkisiyle ANAP hükümetinin 1984 yılında çıkardığı ve ithal ilaçların gözetildiği "İlaç Fiyat Kararnamesi" geçerliydi. Bu kararnamenin yürürlükte olduğu 20 yıla yakın süreçte ilaçta çok yüklü kamusal zararlar ortaya çıkmıştır.

AB'ye endeksli referans fiyat uygulaması, ulusal çıkarlarımıza açıkça aykırı olan 1984 fiyat kararnamesinden görece avantajlı olmakla birlikte gerçek maliyetlere dayalı ve ulusal gelirimizi göz önüne alan bir ilaç fiyat politikasının yaşama geçirilmesi gerekmektedir. İlaç fiyat rejimimizin kişi başı ulusal geliri 6-7 katımız olan bu ülkelerle benzer koşullara bağlanması ulusal ve kamusal çıkarlarımıza aykırıdır. AB ve Dünya Ticaret Örgütü'nün dayatmalarıyla orijinal ilaçlara patent korumasının ötesinde yeni bir koruma avantajı sağlayan veri imtiyazı ve veri koruması yükümlülüklerinin 2005 yılından itibaren yürürlüğe sokulması nedeniyle ilaç harcamalarımızın yükü daha da artacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bugün geldiği noktada sürdürülebilmesi güçtür. Dengelerin sağlanabilmesi için yurttaşların temel bir hak olan sağlık hakkını aşama aşama yitirmesi söz konusudur. Tıpkı ABD'de olduğu gibi müşteri ilişkileri çerçevesinde sağlık hizmetlerinin bireyin parası ölçüsünde satın aldığı yani metalaştırıldığı bir küresel piyasalaştırma operasyonu adım adım gerçekleştirilmektedir

Sağlık alanında da kısırıldığımız bu küresel kısıkaçtan kurtulmanın yolu Türkiye'nin Türkiye'den yönetileceği ulusal bir rotanın belirlenmesi ve yaşama geçirilmesidir.

<sup>25</sup> Cumhuriyet Gazetesi, Ekonomi, 10.06.2007.

<sup>26</sup> Türkiye'de İlaç Harcamaları, Cumhuriyet Bilim Teknoloji Dergisi, Sayı 1062, 27.Temmuz 2007.

## NE YAPMALI?

**Prof. Dr. Ahmet SALTİK**

Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - www.ahmetsaltik.com

*“ Kendine Devrimin ve Devrimciliğin çeşitli ve yaşamsal görevler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak ulusal sorunumuzdur (milli davamızdır).”*

*“ Devlet olma sıvındaki siyasal kuruluşların EN BİRİNCİ görevi, halkın sağlığı ve sağlamlığıdır.”*

**Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK**

### Giriş:

Bizden önceki sayın konuşmacılar, “SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” adı verilen sürecin değişik açılardan ne anlama geldiğini ve ülkeyi hangi yıkımlara sürükleyeceğini netlikle sergilediler.

Bu boğucu tablodan çıkış nasıl sağlanabilir?

“Sağlık hizmetleri serbest piyasaya terkedilebilir mi?” Sorusuna, Liberalizm’in peygamberi Adam Smith’in yanıtı bile, “Sağlık hizmeti, Piyasaya bırakılamayacak denli önemli, kritik bir alandır.” içeriğindedir.

Prof. Erinç Yeldan son derece net ve çarpıcı biçimde “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinin 2. yılında gelinen yeri deşifre etmektedir (www.cumhuriyet.com.tr, 12.01.05) :

• Türkiye, uluslararası işbölümünde yüksek borçlu bir ülke olarak gözükmekte ve öncelikle borçlarının çevrilmesi görevi yükümlülüğüyle, IMF ve ulusal ve uluslararası finans sermayesi tarafından “denetim” altında tutulmaktadır.

• Öte yandan 2003 ve 2004 Türkiye’sinde çok yüksek tempolu büyüme ve kamu sektöründe ulaşılan faiz dışı fazla bütçe hedeflerine karşın, borç yükünün azaltılamadığı gözükmektedir.

• Kamu harcamalarındaki kesintilerin ve vergi gelirlerinin de sınırına gelmiş olduğu izlenmektedir.

• Dolayısıyla, Sağlıkta Dönüşüm Programı özünde, gerek IMF’ye gerekse ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerine aktarılacak yeni kaynak arayışı içinde olan tarikatlar koalisyonu AKP’nin kısa dönemde gerçekleştirmeye çabaladığı bir rant transferi ve güven tazeleme operasyonu olarak değerlendirilmelidir.

Saptamalar dehşet vericidir! AKP kanadından bu değerlendirmelere ilişkin günümüze dek herhangi bir itiraz da yükselmiş değildir.. Açmakta büyük yarar vardır :

• AKP, “..gerek IMF’ye gerekse ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerine aktarılacak

yeni kaynak arayışı içinde..” dir! Halkın kaynakları bu çevrelere AKP eliyle aktarılmaktadır!

• AKP, bu çevrelere ulusal kaynakları yeterince aktarmakta gecikmiştir!..

Bu bakımdan, söz konusu çevrelerin AKP’ye güveni sarsılmıştır..

• Dolayısıyla, sözde “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile, bu çevrelere vaadettiği rant transferini,

halkın sırtından gayri milli yerel ve uluslararası sermayeye hızla sunmak çabasındadır.

• Bunu başarabilirse, rant aktarımında geciktığı için kendisine yitirilen güven tazelenebilecektir!

Prof. Yeldan, ülkemizin cari açıktan demokrasi açığına sürüklendiğine de dikkat çekmektedir. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Politikaları Ulusal Değil! Dolayısıyla, sağlık ve sosyal güvenlikte izlenen politikaların ulusal / milli olmadığı, köklerinin dışarıda olduğu, gayri milli oldukları ve iktidardaki kadrolar tarafından

yurt içinde demokratik tartışma ve süreçlerin taşıyacağı ortak akıl zeminine dayanmadığı.. yaygın halk kitlelerine bıkmış usanmadan anlatılmalıdır.

Kamuoyu, açıkça yürütülen bir psikolojik savaşla koşullandırılmakta ve yönlendirilmektedir.

Bu acımasız olgu karşısında, ülkenin halkın sağlık ve sosyal güvenliğinden yana kişi ve kurumlarının güçlerini birleştirerek ortaklaştırılan bir plan çerçevesinde davranmaları zorunludur.

Mali durum, insanlık düşmanı kapitalizmin onulmaz, doğasından kaynaklanan hastalığının dönemsel alevlenmesi ile “Yüzyılım Ekonomik Krizi” ni (!) yaşamaktadır günümüzde.

1 \$ = 1,20 YTL paritesi, son 2 haftada, bu dizelerin yazıldığı 13.10.2008 sabahında 1,42 YTL’yi aşmıştır ve % 18’i geçen bir hızlı devalüasyon oranına karşılıktır.

Bu “erime” dış borçların aynı oranda büyümesi, ulusal gelirin de aynı oranda gerilemesi anlamında olup, çapraz biçimde katlanan baskı doğurmaktadır. Buna göre, 190 milyar doları (B \$) özel sektörün olmak üzere 260 B \$ dolayındaki dış borçlar, % 18 büyüyerek (46,8 B \$) 306,8 B \$’a tırmanacak, 2008 sonunda öngörülen 520 B \$ (www.maliye.gov.tr/basin\_aciklama/2008-Planbutce.pdf, 13.10.08) GSMH ise, dalgalı kurda yaşanan devalüasyon dursa ve yıl sonu dek sabit kalsa bile, ulusal gelirden % 18 daralma ile (93,6 B \$!) 426,4 B \$’a gerileyecektir. En iyimser yaklaşımla, ulusal servetimizin, insanımızın cebindeki liranın 1/5’i, adına “enflasyon”, “devalüasyon” ya da “küresel mali kriz” (!?) denilen retorik zihinsel tuzaklarla cebimizden çalınmış olmaktadır. Dış borçların GSMH’ya oranı ise, % 50 dolayından % 72’ye tırmanacaktır’

İMKB’de 2007-2008 Ekim dönemi erime % 50’yi aşmış, İMKB 100 indeksi 57 bin + puanda iken 28 binlere düşerek yarıdan % 52 değer yitirmiştir (www.koc.net/finans/finansgrafik.jsp,13.10.08).

2008 başında yapılan yıl sonu cari açık öngörüsü, küresel mali kriz hesaba katılmadan

60+ B\$’dır (www.gazeten.com/tuzmenden-2008-cari-acik-ongorusu-2/, 12.08.10) ve kriz sonucu gerileyerek gerçekleşmesi beklenen GSMH’nın (426,4 B\$) %14,1’idir! Dr. Göksel’e göre, ulusal gelirin (GSMH)

% 7’sini aşan cari açık varlığında “..o ülkenin yönetimi olanak dışıdır!..” ve Türkiye bu oran bakımından da Dünya 1. sidir! (www.milligazete.com.tr/index.php?action=show&type=news&id=79787, 30.09.08)

Çok sınırlandırılan birkaç makroekonomik irdeleme ile varılan yargı odur ki; kamu maliyesinde çok ciddi bir daralma kaçınılmaz olarak yaşanacaktır, yaşanmaktadır da..

### **Bütçe, Borç Faizi ve Anaparası Altında Eziliyor:**

2008 mali yılı bütçesi 222 milyar YTL olarak yasalasmıştır. Ancak 56 milyar YTL borç faizi, 38 milyar YTL de borç ana parası geri ödemesi (Faiz Dışı Fazla!) yakıcı olarak ana 2 harcama kalemidir. Birlikte 94 milyar YTL gibi muazzam bir tutar ile 2008 bütçe toplamının % 42’sini geçmektedir. Dolayısıyla, kağıt üstündeki bütçe ödeneklerinin 2/5’i fiilen kullanılamaz durumdadır; borç faizi ve anaparası geri ödemeleri için blokedir.

Anahatlarıyla tanımlanan mali tabloda bulunan herhangi bir hükümetin reel anlamda ve düzlemde örneğin sağlık ve sosyal güvenlik alanında kamusal giderleri artıracak bir politika demeti benimsemesi eylemli olarak olanaksızdır.

Nitekim, 1 Ekim 2008 günü yürürlük alan 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası’nın (sağlık hükümleri bu tarihte..), -geçiş dönemi zorunlulukları nedeniyle- ilk 2 yıl yaklaşık 300’er milyon YTL artıştan sonra kamusal giderleri azaltacağı aktüaryası açıklanmıştır.

Öyle ki, Türkiye ilaç giderleri toplam sağlık giderlerinin yarısını bulan hata aşan yeryüzünde ilk ve tek ülke olma özelliğine de sahip kılınmıştır! Oysa bu oran ABD’de % 11, OECD ülkelerinde % 17 dolayındadır. Yerli ilaç sanayisi çökertilir ve yabancılaştırılırken, içeride ilaç hammaddesi üretimi 15 yıl öncesine göre 10 birimden (13 bin ton) 4 birime düşmüşken, İstanbul Ticaret Odası’nca açıklanan 2008’in

en büyük ilk 50 şirketi içine 3 (üç!) ecza deposu birden girmiştir. Bu sektörde çok hızlı bir tekelleşme yaşanmakta ve SGK'dan hakedişlerini (tahakuk) zamanında alamayan (tahsil edemeyen) küçük-orta boy eczane ve eczacılar iflasa sürüklenerek tasfiye edilmektedir.

Özellikle pahalı ilaçlar eczane raflarında tutulamamakta, reçete geldiğinde ecza depolarından kurye ile getirilmektedir! Büyük sermaye "Zincir Eczaneler"e" geçişin usta ve acımasız adımlarını atmaktadır. Yasa tasarısı TBMM'ye sunulmuş olup, uygun topludurum (konjonktür) kollarılmaktadır.

Bu kumpas, sözcüğü TEB (Türk Eczacıları Birliği) tarafından tüm üyelerine aktif biçimde ve tüm çiplikliğiyle anlatılarak psikolojik savaşa karşılık verilmelidir.

Tam da bu bağlamda sağlık meslek örgütleri, sendikalar, kamu kurumu niteliğindeki meslek Odaları ve muhalefetteki siyasal partilerle ortak eylem planları ile kamuoyu oluşturulmalıdır.

Eczacılar kendi işlerinin sahibi değil, büyük yerli-yabancı sermaye ortaklıklarının-küresel sermaye yutturmacası!- sömürülen ücretli emekçilerine dönüştürüleceklerdir.

Benzer süreç kamu-özel sağlık kuruluşlarında da yaşanmaktadır. Kimi kamu-özel sağlık kuruluşları için aylarca geciken ve "sürpriz" yüksek oranlı kesintilerle geri ödemesi yapılan hakedişler, bu sektörde de ne yazık ki "elektif" bir politik ayıklama (tasfiye) amaçlıdır.

Türkiye mutlaka yerli aşı-ilaç-serum üretimine kritik bir tematik alan olarak sahip çıkmalıdır.

#### **Sağlık Sektöründe Yabancı Sermeye Egemen Kılmıyor... :**

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayıları, "özelleştirme" yeşil ışığının yakılmasına koşut olarak, deyim yerinde ise mantar gibi çoğalmıştır. Ancak, 375'e varan özel hastanelerin 2/5'i salt İstanbul'dadır ve yoğunlaşma kapitalizmin altın kurallarından "kondansasyon" a denk düşmektedir. Ne var ki, yurtdışı örneklerinden de bilindiği üzere (RA Connor et al., Health Affairs, vol 16, issue 6, 62-74, 1997) serbest piyasa rekabete girerek niteliği iyileştirme ve fiyatları düşürme lütfunda bulunmamaktadır. Tersine oligopolistik eğilimlerini dışavurarak tekelleşmekte, yoğun piyasalarda odaklanmakta ve maliyetlerinde düşme olmasına karşın sağlık hizmeti kullanıcılarına yansıtılmamaktadır. Özel sağlık piyasasında adı öne çıkan birkaç "Grup" yeterince açıktır ve bu "Grup" ların sermaye yapısını incelemek şaşırtıcıdır. Ciddi oranlarda Atlantik ötesi ve Arap sermayesi göze çarpmaktadır ve petrolde olduğu gibi ARAMCO çağrışmaları engellenemez olmaktadır. Demek oluyor ki, bu alanda da yukarıda eczacılar için açıklana benzer süreç sahnelenecektir. Yabancı hekim getirme planı da açıklanan planın adımlarındandır.

Gittikçe pahalılaştıran biyomedikal sektör yatırımları ve işletme giderleri karşısında Hekimler de büyük çoğunlukla bireysel işletmeler (muayenehaneler) bir yana, küçük ortaklık işletmelerini bile ayakta tutamayacak ve büyük sermaye birliklerinin ücretli çalışanına dönüştürüleceklerdir.

#### **Mikroölçekte (ülke içinde!) yapılabilecek teknik düzenlemelerden biri şöyle olabilir:**

Tıp, diş, eczacılık ve öbür sağlık bilimleri eğitiminde, eldeki sağlık kaynaklarının olanaklı en yüksek verimlilikle kullanılması ve yeter teknik eğitim verilmesi; sorunlara duyarlılık kazandırılması.

Tanı, izlem ve sağaltımda standart protokol ve direktiflerin uygulamaya koymak. Bu işlemleri standart kurullarla (normlarla) bilgisayar ortamında yetki kodlarıyla yürütmek. (Prof. A. Saltık, www.hekimsaltik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=27, 01.10.08))

Tıp Fakültelerinde hekim eğitiminde Sağlık Ekonomisi konuları yeter ağırlıkta işlenmelidir. Harvard Üniversitesi'nden Prof. Dani RODRIK, "Kamu öncülüğünde sanayi politikaları" na dönüş gerekliliğine vurgu yapmaktadır (www.simalyildizi.net/index.php?topic=1146.0, 30.12.07).

Prof. Türkkaya Ataöv'e göre: "Küreyi yöneten bu gücün (G4'ler!) en üst çatısı olan G8 sanki bir 'Dünya hükümeti'dir. Para ve yönetim konularında onların kararını yansıtmayan ve onların onayını almayan bir

eylem olmuyor. Kuşkusuz, halk eylemleri dışında... Küresel adalet için halk eylemleri ve bu eylemlerin çeşitlenip artması bundan ötürü önemli. Büyük çoğunluğun gereksinim duyduğu, adaletin ve çevre güvenliğinin sağlanması önünde büyük engel tekellerdir. (Türk Solu, 11.03.08)

#### **“Sağlıkta Dönüşüm” Retorik Bir Düşünsel Tuzak, Psikolojik Savaş :**

“Sağlıkta Dönüşüm” süslü ve zihinsel tuzaklı sözleriyle dayatılan özelleştirme ve sağlık-sosyal güvenlik hakkı gaspı, ortak hareket eden AB-ABD emperyalizmi ve maşa kurumları DB, IMF, DTÖ (Dünya Ticaret Örgütü) eliyle Türkiye’ye dayatılmaktadır. Ülkemizin AB’ye tam üyelik hamhayali, ne yazık ki; dönüştürülerek post-modern sömürge kılınma sürecine zemin ve kulvardır. Öyleyse bu politik tarihsel intihara, küresel harakiriye artık bir son verme zamanı gelmiştir.

Tüm gizli anlaşmalar halka açıklanmalıdır.

GATS ve MAI anlaşmaları dehşet verici olup, mutlaka gözden geçirilmelidir :

◦ Emeğin mal oluşunun düşürülmesi için her türlü sosyal güvenlik ve yardımın yanı sıra örgütlenmesinin önüne geçilmesi.. (MAI Anlaşması, 13.08.1999).

Türkiye’nin GATS kapsamında yüklenimleri ve derogasyon listesi de oldukça kabarık ve sömürgeleştiricidir ([www.alomaliye.com/gats\\_taaah%20listesi.htm](http://www.alomaliye.com/gats_taaah%20listesi.htm), 10.08.08 ve [www.antimai.org](http://www.antimai.org) ).

Başta belediyeler olmak üzere kamu yönetimlerinin, “hizmet satınalma” (taşeronlaştırma!)

adı altında işlerini piyasaya yaptırmaya zorunlu bırakma planı yürütülmektedir. Bunun temel nedeni, Türkiye’nin de altına imza attığı az gelişmiş ülkeler, GATS (Hizmetler Genel Anlaşması, 1995 ve Türkiye’nin DTÖ-Dünya Ticaret Örgütü’ne üyeliği) yükümlülüklerine uyumdur. GATS’ı benimseyen ülkeler, hizmetler alanını ulusal ve uluslararası sermayeye açma yükümünde bulunmuşlardır.

Kamu kurumlarının vazgeçilemeyecek temel hizmetleri (sağlık, eğitim, adalet, iç güvenlik, su, itfaiye...) çok uluslu şirketler için muazzam kazanç olanakları sunmaktadır.

#### **Dr. Lauk’un “Küreselleşme ve Nimetleri” başlıklı, daha başında adıyla zihinsel tuzak kurmaya başlayan konferansında dile getirdikleri, artık bu derin uykudan uyanmanın zamanını gonglamakta:**

◦ “Aslında çok daha hızlı küreselleşebildik, fakat 2 önemli engelle karşılaştık bu süreçte : Demokrasi ve trilyonlarca dolar değerindeki emeklilik fonlarının kamu, yani ulus devletlerin denetiminde olması...”

◦ “Bu emeklilik fonları özel aracı kurumların emrine tahsis edilecek olursa, borsalara kanalize edilecek ve biz daha da zenginleşeceğiz. Öbür yandan, doğrudan yatırımlarımızın küreselleşmesinde de ciddi bir direnç ile karşılaştık : Demokratik devlet yapıları!”

◦ “Çünkü bu bölgede ve G. Amerika’da dikta yönetimler iş başında. Fakat biz Avrupa’da ne yapıyoruz? Yok işçi hakları, yok sendikal haklar, yok insan hakları, yok sosyal güvenlik katkı payları (Devletin ve işverenin).. Sonuçta kârlarımız kuşa dönüyor.

Demokrasiden vazgeçmek zorundayız.” (Dr. Kurt Lauk. Mercedes-Benz Yönetim Kurulu Üyesi, Panel, “Küreselleşmenin Nimetleri” İstanbul The Marmara Oteli, Mayıs 1998)

#### **Dış İlişkilerin Gözden Geçirilmesi, Ezberin Bozulması Zorunlu:**

AB ve ABD ile ilişkiler en azından bir “normalleştirme” ayracına alınmalı ve dış ilişkilerde çeşitliliğe yönelinmelidir.

Türkiye, çökme sürecine giren ve sürdürülemeyeceği bir ez daha anlaşılacak tek dünya devleti siyasasının ekonomik-politik dönüştürücüsü Küreselleştirme tuzaklarına daha fazla takılmadan kendine gelmeli ve

silkiniere G23 ölkeleriyle ortak davranarak, emperyalist kapitalizme karşı DİRENİŞİN KÜRESELLEŞTİRİLMESİ'ne öncülük etmelidir (Prof. Noam CHOMSKY, Prof. M. Chossudovsky'nin Yoksulluğun Küreselleşmesi. adlı kitabına sonsözü, 1999).

◦ "Sosyal ve ekonomik kalkınmanın en temel itici gücü, hükümetlerin halkın sağlığına yaptıkları yatırımlardır."

Değerlendirmesi, DSÖ'nün (Dünya Sağlık Örgütü) önceki Genel Başkanlarından Dr. Halfdan Mahler'e aittir. Dolayısıyla kimi yeni etik normlar kümesi üretimi de zorunlu gözükmektedir.

#### **Türkiye sorgulamak zorundadır:**

Sosyo-ekonomik kalkınma için "en temel itici güç" halka dönük sağlık (ve de eğitim!) yatırımları olduğuna göre, bugünkü geriliğimizin arkaplanında 2 kritik sektördeki kamusal yatırım ve desteğin yeterli olmayışı "belirleyici" (determinisitk) bir rol oynamış mıdır?

◦ 10 milyarlarca doları kamu kaynaklarından dolayı ve halkın cebinden doğrudan yerli-yabancı özel sağlık sektörüne aktarmayı sürgit bir politik seçim olarak yürütebilecek midir?

◦ GSMH'nin %7.6'sına ulaşan ve karşılanamayan sağlık sektörü harcamasıyla verimsiz ve eşitsizlikleri derinleştiren bir politik tercih. "dış" a diyet zoruyla da olsa pratik olarak sürdürülebilir midir?

◦ Gerek kamunun gerek yurtaşların ödemedede zorlandığı bunca yüksek sağlık gideri (İngiltere'ye çok yakın!) karşısında acil hizmetlerde ortaya çıkan hastanelere kabul etmeme ve rehin kalma rezaletleri karşısında faturayı bir Başbakanlık Genelgesiyle Belediyelere ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'na yüklemek, hangi ciddi Devlet örgütlenmesinde yer bulabilmektedir?

Microsoft kurucusu Bill Gates: "Yoksul ölkelerde özellikle sağlığa yatırım yapılması gereklidir.." tezini savunmakta ve HIV/AIDS başta olmak üzere sosyal tasarımlara parasal destek sağlamaktadır. (Dünya Ekonomik Forumu, Cumhuriyet, 04.02.02)

Deloitte Raporu'na göre, sağlık giderlerinde denetlen(e)meyen ve rasyonel olmayan verimsiz kaynak kullanımı, başta eğitim olmak üzere öbür sektörlerde kamusal kaynak özgülmesi (tahsisi) üzerinde olumsuz baskı yaratmaktadır (Hürriyet, Cumhuriyet, 22.08.08).

Sosyoekonomik kalkınmamızın yeterli olmadığı, sınırlı ulusal gelirin elvermediği savıyla sağlık kamusal harcamalarının görece artırılması kalkınmada "en temel itici güç" ise, neden kökü dışarıda uydu sağlık politikaları hâlâ izlenmektedir?

#### **Dr. Mahler, devamla;**

◦ "Hükümetlerce halka verilecek sağlık hizmetleri onlara bir lütuf değil: ekonomik ve sosyal kalkınmada en temel itici güçtür." savını ileri sürmektedir. (Human rights, health and development. Halfdan Mahler on the rationale for family planning. POPLINE Document Number: 093625 Source citation: FEEDBACK, 1993 Jul-Dec:19(3):3.

Küreselleştirme sürecinin darmadağın ettiği ahlak kodlarının onarımı (restorasyonu) Gerekecektir. (Prof. Cengiz Güleç, İç Ahlak, "Küreselleşme, Ahlak ve Değerler", 2006, syf. 195-202, Ahmet İnam, Metaforla Saadet Olmaz)

Türkiye, AB'de ve ABD'de çatırdayan sağlık sistemlerini çok kötü biçimde taklit etmeyi ve yabancı "akıl hocalarını" derhal terk etmelidir.

ABD'nin durumu ortadadır. Üike halkının 1/6'sına, 50 milyon insana sağlık hizmeti vermeyişine karşın, kişi başına yıllık sağlık harcamasında 7000 dolara koşmaktadır. Ulusal gelirinin 1/6'sını sağlık sektöründe

(Number 1 Sector!) tüketmekte ama sağlık düzeyi göstergelerinde Dünyada 37. sıraya savrulmaktadır. Oysa Japonya, ABD'nin 1/3'ü düzeyinde sağlık gideriyle (2200 \$/kişi/yıl) Dünya 1. si durumundadır. ABD, sağlık sektöründe son derece verimsiz kaynak kullanmaktadır ve Türkiye hâlâ sözde "Küçük Amerika" olma sevdasında stratejik hata'sını sürdürmektedir.

### **Hukuksal Savaşım İsrarla ve Kararlılıkla Sürdürülmeli:**

Sözde "Sağlıkta Dönüşüm" sürecinde getirilen mevzuat düzenlemeleri aleyhine yargı önünde (Anayasa Mahkemesi, Danıştay, İdare Mahkemeleri.. gibi) temel bir insanlık hakkı olarak sağlık hakkının savunulması örgütlü ve ortaklaşa eylemlerle sürdürülmelidir. Olumlu yargısal içtihatlar, birer güç kaynağı olarak değerlendirilmelidir.

Gerek iç hukukta Anayasa md. 2 (Demokratik-sosyal-hukuk devleti!) ve 56 gerekse taraf olunan uluslararası Anlaşma ve Sözleşmelerden kaynaklanan, Anayasa md. 90, son fıkra ile pekiştirilen kazanımlar savunulmalıdır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Konvansiyonu (Şartı), AB Temel Haklar Bildirgesi.. (www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ab\_thb.html, 02.02.08) temel hak ve özgürlükler bağlamında temel güç zeminleri olarak kullanılmalıdır. İç hukuk yollarının tükenmesi durumunda temel sorunsal alanlar AİHM'ne taşınmalıdır.

ILO Sözleşme (Convention) ve Tavsiye Kararları (Recomendation) işçi sağlığı ve güvenliği düzleminde iç hukuka daha kapsamlı ve daha hızlı mal edilerek yaşama geçirilmeli ve çalışma yaşamı standartları yükseltilerek bu alanda yüz kızartıcı durumdaki iş kazaları ve meslek hastalıkları verileri iyileştirilmelidir. Özerk bir Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü kurulmalıdır.

Başbakan genelgesiyle sağlık kuruluşlarının kapısından kimseciklerin geri döndürülmemesini emir buyurmak zavallıca bir çırpınıştır. Nitekim Ankara'da Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi'de, İzmir'de de Tepecik Hastanesi'nde yaşanan toplu bebek ölümleri, bu kuruluşların teknik kapasitelerini aşan hasta kabulüne zorlanmalarındandır! Sağlık Bakanlığı bütçesinde yatırım oranı % 10'lara geriletilmişken, kapasite yaratılmadan bu yönetsel zorlamalar bebek cinayetlerinin doğrudan nedenidir ve kamu sağlık kuruluşlarını yıpratarak özel sektör kuruluşlarına yönlendirme gibi örtük bir amaçları da ne yazık ki akla gelmektedir.

Öte yandan, her 2 ilde Cumhuriyet Başsavcılıklarının açtığı kamu davalarında koğuşturulan ve yargılananlar, ne hazindir ki, ilgili servis uzmanı hekimlerdir! Bu tablo, vicdanları isyan ettiricidir ve çirkin poetikaya sağlık çalışanları kurban edilmektedir. Kaldı ki, sağlık personeli, görev başında öldürmeye de varan kabul edilemez bir şiddetle de karşılaşmaktadır.

### **Sağlık Hakkı İçin Topyekun Örgütlü Direniş Sergilenmeli:**

Yazılı ve görsel basın, sanal ortamlar, yazar ve sanatçılar, sinema ve tiyatrocular.. sağlık sorunlarının ciddiyetini değerlendirmeli ve toplumu-politikacıları uyarıcı ürünler ortaya koymalıdır. ABD'li sanatçı Michael Moore'un "SICKO" adlı filmi, bu bakımdan son derece öğretici bir örnektir.

Türkiye, 1. Basamağın da özelleştirilmesi anlamına gelen Aile Hekimliği'ne geçişi durdurmalıdır.

Sağlık Ocakları sistemi yeniden canlandırılmalı, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa özü korunarak güncellenmeli ve uygulanmalıdır.

Koruyucu sağlık hizmetlerine kesin ve sürekli bir öncelik vermeksizin sağlık giderlerini denetlemek olanaklı olmadığı gibi, halkın sağlık düzeyini yükseltmek de çok zor görünmektedir.



**Öncelikli 10 alan :**

Avrupa Halk Sağlığı Birliği şu listeyi önermekte :

(European Public Health Association. The Future of Public Health in Europa: Towards a More Active Partnership with WHO/EURO. European Journal of Public Health. 2006;Vol. 16. No. 2, 226-228)

1. Sağlıkta hakkaniyeti (equity) geliştirmek ve herkesin sağlık hakkına erişimini güvencelemek.
2. Bireysel ve küresel sağlık güvencesini oluşturmak.
3. Cinsiyet (gender) çeşitliliğini ve sağlıkla ilgili insan haklarını geliştirmek.
4. Yoksulluğu ve sağlık üzerindeki etkisini azaltmak.
5. Sağlıkta sosyal belirleyicileri belirlemek ve çözmek.
6. Daha sağlıklı bir çevreyi geliştirmek.
7. Eşitlikçi ve tümüyle işlevsel sağlık sistemleri kurmak.
8. Uygun sağlık insangücü sağlamak.
9. Bilgi, teknoloji ve bilimi buluşturmak ve birleştirmek.
10. Önderlik ve yönetişimi güçlendirmek.

**Can simidi: Herkese yaygın ve etkin, sürekli koruyucu sağlık hizmeti !..**

Tüm bu olumsuz tablolar, sağlık sektöründe “Kötü Yönetim” in türevleridir ve 1978’de DSÖ Genel Başkan Yardımcılarından Dr. Ralph Henderson’un vurguladığı üzere:

◦ “Çiçeğin kökü kazındı, sıra kötü yönetimde!” dir.

Beaglehole ve Bonita, giderek derinleşen küresel sağlık bunalımı karşısında aşağıdaki önemli katkıyı sunmaktalar :

Yazarlar, “Halk Sağlığı Yol Ayrımında” adlı kitaplarında, daha 3. sayfada son derece çarpıcı bir soru ile sert ve çok etkili biçimde uyarılmaktadırlar :

◦ Health status or disease status ?

◦ Sağlık durumu mu, hastalık durumu mu?

Devamla küresel gündem oluşturmaya vurgu ile:

◦ “Küresel toplum bunca deneyim edinmiş ve bunalarak tıkanmışken, verimli kaynak kullanamaz, sağlık giderlerine kaynak yetiştiremez / bulamazken, Halk Sağlığı,

akıllı stratejilerle 20. yy. başında olduğu gibi, bir kez daha altın altın çağını yakalayabilir.

◦ Bu amaçla, kapsamlı Halk Sağlığı projelerini, “toplumsal gündemin kalbine yerleştirmek” ve ısrarla uygulamak gerekecektir. (Beaglehole R. Bonita R. Public Health

at the Cross Road, 2nd ed. p. 278. 2004)

**Sağlık Kooperatifleri:**

Türkiye’imiz için son derece önemsedığımız bir öneri de sağlık kooperatifleri dir. Bilindiği üzere kooperatifçiliğin anavatanı İngiltere’dir ve 1840’larda gündeme girmiştir. AB. günümüzdeki düzeyini sömürüye ek olarak, kooperatiflere borçludur.

Türkiye, sağlık kooperatifleri konusunu hızla ve kapsamlı olarak tartışmalı, dayanışmacı bir tutum ile

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

doğuştan kazanılan en temel insanlık hakkı olan sağlık hakkının zoralmına (gasp) örgütlü olarak direnmelidir. Yazımızı, antiemperyalist devrimci ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusunun 86 yıl önce "tam da bu gün, TBMM'de yaptığı uyarısı ile bağlayalım :

"Bir yandan Batı'nın işçi sınıfı, öte yandan Asya ve Afrika'nın köleleştirilmiş halkları milletler arası sermayenin kendilerini yıkmak ve efendilerine büyük çıkarlar sağlamak için köle durumuna getirilmek istediğini anladığı ve sömürge politikasının işlediği suç Dünya işçilerince kavrandığı gün burjuvazinin gücü sona erecektir." (22 Ekim 1922)

**Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK**

### Kaynaklar:

1. Prof. Erinç Yeldan. [www.cumhuriyet.com.tr](http://www.cumhuriyet.com.tr), 12.01.05
2. [www.maliye.gov.tr/basin\\_aciklama/2008-Planbutce.pdf](http://www.maliye.gov.tr/basin_aciklama/2008-Planbutce.pdf), 13.10.08
3. [www.koc.net/finans/finansalgrafik.jsp](http://www.koc.net/finans/finansalgrafik.jsp), 13.10.08  
[www.gazeten.com/tuzmenden-2008-cari-acik-ongorusu-2/](http://www.gazeten.com/tuzmenden-2008-cari-acik-ongorusu-2/), 12.08.10
4. Dr. Erhan Göksel. [www.milligazete.com.tr/index.php?action=show&type=news&id=79787](http://www.milligazete.com.tr/index.php?action=show&type=news&id=79787), 30.09.08
5. RA Connor et al., *Health Affairs*, vol 16, issue 6, 62-74, 1997
6. [www.simalyildizi.net/index.php?topic=1146.0](http://www.simalyildizi.net/index.php?topic=1146.0), 30.12.07
7. Prof. N. CHOMSKY. Prof. M. Chossudovsky'nin Yoksulluğun Küreselleşmesi. adlı kitabına sonsözü. 1999.
8. MAI Anlaşması, 13.08.1999.
9. Prof. Türkkaya Ataöv. *Tekelci Sermaye Denetimi*. Türk Solu, 11.03.08
10. [www.atomaliye.com/gats\\_taah%20\\_listesi.htm](http://www.atomaliye.com/gats_taah%20_listesi.htm), 10.08.08
11. [www.antimai.org](http://www.antimai.org), 08.09.08
12. Dr. Kurt Lauk. Mercedes-Benz Yönetim Kurulu Üyesi, Panel, "Küreselleşmenin Nimetleri" İstanbul The Marmara Oteli, Mayıs 1998, [www.antimai.org](http://www.antimai.org), 10.04.2002
13. Prof. A. Saltık. Sağlık Ekonomisi. [www.hekimsalik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=27](http://www.hekimsalik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=27), 01.10.08)
14. Prof. Cengiz Güleç. İç Ahlak. "Küreselleşme, Ahlak ve Değerler", 2006, syf. 195-202. Ahmet İnam. *Metaforla Saadet Olmaz*.
15. Prof. A. Saltık, KüreselleşTİRme ve Halk(ın) Sağlığı. [www.hekimsalik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=26](http://www.hekimsalik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=26), 02.10.08
16. Human rights, health and development. Halfdan Mahler on the rationale for family planning. POPLINE Document Number: 093625 Source citation: FEEDBACK, 1993 Jul-Dec;19(3):3.
17. Deloitte Raporu. *Hürriyet, Cumhuriyet*, 22.08.08.
18. AB Temel Haklar Bildirgesi. [www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ab\\_thb.html](http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ab_thb.html), 02.02.08.
19. Bill Gates. Dünya Ekonomik Forumu konuşması, *Cumhuriyet*, 04.02.02
20. European Public Health Association. *The Future of Public Health in Europa: Towards a More Active Partnership with WHO/EURO*. *European Journal of Public Health*, 2006;Vol. 16, No. 2, 226-228
21. Beaglehole R, Bonita R. *Public Health at the Cross Road*, 2nd ed. p. 278, 2004

## SOSYO-EKONOMİK, BÖLGESEL VE COĞRAFI EŞİTSİZLİKLER (ÖZELLEŞTİRME VE SAĞLIK POLİTİKALARI)

**Prof. Dr. Alpaslan Işıklı**

Liberalizmin önerdiği modelin, gerçek yaşamla ilgisi olmayan bir ütopya olduğu, bir çok kere denenmiş ve görülmüştür. Her şeyden önce, modelin özünü oluşturan serbest rekabetin ancak bazı ders kitaplarında yer aldığı; rekabetin sonucunda tekelleşmenin doğuşunun kaçınılmaz olduğu iyice anlaşılmıştır. Serbest rekabet ve piyasa tutkunlarının bir diğer savı da bu yolla ekonominin yönetiminin tüketicilerin oylarına terk edilmiş olduğu, dolayısıyla siyasal demokrasinin temeli olabilecek bir ekonomik işleyişin sağlanabileceği noktasında yoğunlaşmaktadır.

Bunlara göre, tüketiciler piyasada "özgürce" karar verirken, ekonominin yönetimine temel olan kararların oluşumuna katılmaktadırlar. Bu noktada unutulmalı veya unutturulmak istenen husus, satınalma ile ilgili kararlarda bireylerin iradelerinin eşitlik içinde rol oynamamakta oluşudur. Eğer bu, ekonomi alanında demokrasi ise herkesin eşit olarak değil, satınalma gücü oranında katıldığı bir demokrasidir; dolayısıyla demokrasi değildir.

### **Liberalizmin Yumuşak Karnı**

Liberal ütopyaların gerçek yaşamla çelişkisi, en çok ve en önce sağlık alanında kendisini göstermektedir.

Sosyal dayanışma ve sosyal güvenlik kurumlarını çökerten ve insan sağlığını görünmeyen ellerin insafına terk eden politikaların sonuçları, dünyanın en zengin ülkesi ABD'de bile gizlenmesi mümkün olmayan boyutlara erişmiştir. "ABD'de bencilliğin inanılmaz boyutunu gene Reagan sayesinde görebiliyoruz. Reagan başkan olur olmaz 'sokağa atmayalım da besleyelim mi?' diyerek tüm darülaceze ve tımarhane türü bakımevlerini boşaltmış. Gerekçesi ise, içindikilerin tembel birer asalak olması imiş. Sonuç, San Francisco'dan New York'a tüm büyük kentlerde belli başlı caddelerin kaldırımlarında yaşayan 'evsizler'." <sup>1</sup>

İngiltere'deki Thatcherist politikaların iflasi da en önce sağlık alanında görülmüştür. Son zamanlarda İngiltere'de sürdürülmekte olan seçim kampanyalarının ana temasını sağlık oluşturmaktadır. Tüm beyin yıkama çabalarına karşın, İşçi Partisi'ne yönelen desteğin temel nedeninin de Muhafazakarların sağlık politikalarının iflasi olduğunda kuşku yoktur.

Bu örnekler artırılabilir. Ancak, fazla uzaklara gitmeye gerek yok. Ülkemizde de geçmiş seçimlerde, Séguéla'ya varıncaya kadar ANAP'ı kurtarmak için seferber olan tüm unsurların yeniil-giye uğratılmasında, Demirel'in ünlü "yeşil kart" temasının çok etkili ve belirleyici bir rol oynamış olduğu yadsınamaz. Kuşkusuz, genel olarak ve özellikle sağlık alanında özelleştirmenin mevcut sorunların çözümüne bir katkı getirmeyeceği, üstelik sorunları daha da ağırlaştıracağı görüşünde olmak, kamu kesiminin kusursuz olduğu görüşünü taşımak anlamına gelmez. Elbette ki mevcut kamu kesiminin ve kamu işletmeciliğinin sayısız kusurları vardır. Ancak, bu kusurları ortadan kaldırmak için çalışmak başka şeydir, kamu kesimini ortadan kaldırmak başka şeydir.

Ayrıca, unutmamak gerekir ki bugün kamu kesimine karşı sürdürülen tek yanlı saldırıların pek çoğu, geçerli bir dayanakta yoksun boş propagandalardan ibarettir ve çoğu kez kamu kesiminin kusuru olarak ileri sürülen olguların bazıları gerçekte bu kesimin üstünlüğünün ifadesidir. Örneğin, devlet hastanelerinde uzun kuyrukların bulunduğundan çok şikayet edilir, Doğrudur. Ancak, unutmamak gerekir ki insanlar, ulaşma umudunu taşıdıkları şeyin kuyruğunda beklerler. Özel hastanelerde kuyruk olmaması, oralarda hizmetin kusursuz veya daha az kusurlu olmasının değil, yurttaşların çoğunluğunun gücünü aşan bir fiyat politikası uygulanmasının sonucudur. Dar gelirli çoğunluk, sağlık sorunlarının çözümü bakımından bütün kusurlarına rağmen devlet hastanelerinden başka başvuracak kapı bulamadığı

<sup>1</sup> Gönül Pulat, "ABD'de orta direk çatırıyor", Milliyet, 7 Mart 1992.

için bu kuyruklar uzamaktadır. Bu kapıların kapanması halinde de gideceği yerin özel hastaneler olmayacağı daha şimdiden belli olmuştur. Bu durumda, sağlık sorunlarının çözümü için bir takım şarlatan medyumlara, üfürükçülere... kısacası geçmişin karanlık dönemlerine özgü çarelere başvuranları kınamamak gerecektir.

### Serbest Rekabetin Sağlıkla Çelişkisi

Liberal politikaların iflasla sonuçlanmasının en önce sağlık alanında görülmesinin nedenleri, bu politikaların özünü oluşturan serbest rekabet olgusunun -genelde taşıdığı ütopyik niteliğin yanı sıra- sağlık alanında hayata geçirilmeleri bakımından ortaya çıkardıkları bazı özel çelişkilerde aranmalıdır. Sağlık alanının kendine özgü koşulları, serbest rekabet kurallarının işlemlerini olanaksızlaştıran bazı özel güçlükler ve dolayısıyla bazı ek nedenler içerir. Bu çelişkiler, özellikle, ABD'deki Reaganist uygulamaların sağladığı somut deneyimlerin ışığı altında özetle şöyle belirlenmektedir:

1. Sağlık ve tıp hizmetleri kaçınılmaz olarak oligopolistik niteliklidir. Kamusal sağlık hizmetleri tümüyle topluma yöneliktir. Mevcut hastanelerle rekabet etmek üzere yenilerini kuracak müteşebbisler bulunamaz. Yoksul kentsel alanlarda ve kırsal alanlarda alternatif bakım olanakları yaratmak kolay değildir. Dolayısıyla, özelleştirme yapılmıca, rekabet sağlanacağı için sağlık hizmetlerinin ucuzlaması beklenmemelidir. Çünkü genel olarak tekelleşme eğilimi içinde olan rekabete dayalı piyasanın bu özelliği, özellikle sağlık alanında kendisini gösterir ve fiatları -hayal edilenin tersine- serbest rekabet kuralları değil monopolleşmeye dönük oligopollemler belirler.

2. Tıbbi bakım alanında, tüketicilerin "ürün" hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları mümkün değildir. Ancak uzman olanların bilebileceği araç ve gereçlerin ve tüketicinin ölçmesi mümkün olmayan bir bilgi ve deneyimin kullanıldığı sağlık hizmetlerinde tercih, dış görünüşe göre yapılır. Çoğu zaman, sağlık hizmetleri alanında "pahalı olduğuna göre iyidir" ölçütü egemen olur. Sağlık hizmetlerinin bu özelliği dolayısıyla ki sağlık alanında özelleştirmeye gidilmiş olan ülkelerde, deontolojik açıdan kabulü olanaksız durumların ortaya çıktığına dair bazı gözlemler aktarıldığına tanık olmaktadır. Örneğin, 1986'da yayınlanan bir "araştırmaya göre sezeryanla doğum oranı, Britanya'da %10 iken, bu oran Brezilya'da yüzde 75 civarındadır".<sup>2</sup> Oranlar arasında bu önemli farkın nedeni, herhalde, sağlık alanında izlenen politikaların farkıyla açıklanabilir. İki ülke arasında, bu açıdan önem taşıyan fark, Brezilya'da sağlık hizmetlerinin köklü bir biçimde özelleştirilmiş olması, buna karşılık Britanya'da neoliberal iktidarların tüm özlem ve çabalarına rağmen, bunun, özellikle söz konusu araştırmanın yapıldığı tarihte, sınırlı ölçüde sağlanabilmiş olmasıdır.

3. Sağlık alanında, görece olarak, fiyat karşısında esnek olmayan bir talep söz konusudur. Yani, sağlık hizmetlerinde fiyat ne kadar artsa da talebin sabit kalması eğilimi yüksektir. Normal olarak herkes, kendi sağlığı için veya yakınlarının (örneğin çocuğunun) sağlığı için parasının tamamını ve tüm malvarlığını vermeye hazırdır. Bu nedenle, sağlık alanında faaliyet gösteren özel müteşebbisler, sağladıkları hizmetlerin karşılığı olarak diledikleri fiyatı istemekte geniş bir serbestliğe sahiptirler.

4. Sağlık hizmetlerinin maliyeti, yaşlılar, yoksullar, kronik hastalar bakımından, diğer insanlara göre daha yüksektir. Bu tür kategorilere dahil olanlar, sağlık hizmetlerine en çok gereksinim duymalarına karşı en düşük satınalma gücüne sahip kesimi oluştururlar. Özel müteşebbisleri, bu tür yüksek risk grubuna giren tüketicilere yönelik hizmet sunmaya teşvik eden, piyasa kurallarına göre geçerli hiç bir neden yoktur. Dolayısıyla, piyasa mekanizmasının "herkese ihtiyacına göre" ilkesinin tersi doğrultuda işleyen içsel mantığı, sağlık alanında çok daha belirgindir. Satınalma gücü düşük, fakat sağlık hizmetlerine yönelik gereksinimleri yüksek olan bu insanların sorunları, kamusal destek ve teşvik olmadan çözüme kavuşturulamaz.

5. Sağlık sisteminin özelleştirilmesi halinde israfın azalacağı ve maliyetlerin düşeceği iddiası yanlıştır. Örnekler bunun tamamen tersinin doğru olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin tümüyle özel sektörün elinde bulunduğu ABD'de gayri safi yurt içi hasılanın %14'ü sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin kamusal yolla yürütüldüğü ve tüm yurttaşların gelişkin bir sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin şemsiyesi altına alındığı sosyal refah devletine örnek oluşturan Kuzey Avrupa ülkelerinde ise bu oran çok daha düşüktür. Örneğin, Hollanda'da

2 F. Barros ve diğerleri, "Why so many caesarean sections? ...", *Health Policy and Planning*, cilt 1, no. 1 (Oxford University Press, 1986), s. 19; Bkz: Brendan Martin, *In the Public Interest?*, Zed Books, PSI, Londra 1993, s. 191.

%8'dir. Buna karşılık, ABD'de her dört kişiden biri, yeterli bir sağlık sigortasından yoksundur; hatta tümüyle sigortalılık kapsamı dışındadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasına tabi kılınmış olması, satınalma gücü yüksek ve ayrıcalıklı dar bir kesimin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik olağanüstü lüks sağlık kurumlarının kurulması sonucunu doğurmuştur. (Bizde de devletin sırtından hızla yükselmeye başlamış bulunan, beş yıldızlı otel konforuna sahip özel hastaneler bunun bilinen örnekleridir.) Öte yandan, kârlılık ilkesine öncelik verilmesi, gereksiz ve pahalı bir takım bakım hizmetlerinin şişkinleşmesine neden olmuş; aynı nedenledir ki çok masraflı ve devasa boyutlu bir sağlık bürokrasisinin doğması kaçınılmaz hale gelmiştir.<sup>3</sup>

6. Sağlık hizmetleri sunanların, pahalı teknolojilere yatırım yapmakla risk üstlendikleri, çoğu kez geçersiz bir iddiadır. Zira, konunun uzmanı olanların, kullanılan teknolojinin isabetli teşhis veya başarılı tedavi için gerekli olduğu konusunda hastaları ikna etmesi genellikle zor değildir. Sağlık alanının insan yaşamı gibi temel bir konuya ilişkin olması, satın alınan malı değerlendirirken örneğin deterjan tüketicisi gibi "sınama yanılma" yönteminden yararlanmayı olanaksızlaştırır. Bu alanda sunulan hizmet konusunda değerlendirme yapabilmek için, çoğu hallerde, uzmanlığa güvenmekten başka yol yoktur. Dolayısıyla, yatırımın kârlılığı geniş ölçüde, güvence altındadır. "Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde rekabete dayalı sistemin işleyişinden kârlı çıkanlar, yoksulların sağlık gereksinimleri için [vergi vs. yoluyla] daha az ödeme yapma olanağına kavuşan varlıklılardır ve ayrıca, tıbbi pazarın kaymağını yiyen ve gerçek sorunları, giderek küçülmekte olan ve eşitsiz finansman koşullarında çalışmaya zorlanan kamu sektörüne bırakan, sağlık alanında faaliyet gösteren özel müteşebbislerdir<sup>4</sup>."

Dolayısıyla, bu noktada belirlenmesi gerekir ki özelleştirme sonucunda doğan ve sağlık alanında buraya kadar maddeler halinde sıralanan kendine özgü koşulların katkısıyla yoğunlaşan sömürü ilişkisi, bir tarafta hasta ile diğer tarafta doktor veya genel olarak sağlık personeli arasında cereyan etmez. Burada da sömürü ilişkisinin bir tarafını, sermaye oluşturur. Diğer tarafta ise hasta ile birlikte emeğini özel sermayedarın hizmetine sunan hekimler ve diğer sağlık elemanları yer alır.

Piyasa düzeninde hasta yoktur, müşteri vardır. Sömürü ilişkisi sermaye ile müşteri arasında cereyan eder. Sağlık sermayedarının hekim olması zorunluluğu yoktur. Tam tersine, sermayedar, hekim kökenli olmadığı takdirde, Hipokrat yemini gibi bir takım bağlayıcı unsurlardan kurtulmuş olacağı için, kârlılık önceliğine göre hareket etmekte daha geniş bir serbestliğe sahip olabilir. Bu ilişkide, hekim veya genel olarak sağlık personeli, bağlı olduğu sermayedarın kârlılık hesapları ile mensubu olduğu mesleğin deontolojik öncelikleri arasında sıkışır kalır.

Özelleştirme sonucunda sağlık personelinin, genel olarak, gelir ve istihdam düzeyinde bir iyileşme doğacağını beklemek boşunadır. Tam tersine, özelleştirme ve buna bağlı olarak hızlanan tekelleşme sonucunda, hizmetlerin çökmesi ve dolayısıyla istihdamın daralması kaçınılmaz olduğundan, hekimler ve genel olarak sağlık emekçileri açısından ücret düşüklüğü ve işsizlik biçiminde tezahür eden sorunların hızla büyüdüğü görülür.

### Satınalma Gücüne Göre Hizmet

Sağlık hizmetlerinin, kamusal kuruluşlar tarafından sosyal dayanışma amacıyla yürütülmesine son verilerek kâr amacıyla çalışan özel işletmelerce yürütülmesinin, yani görünmeyen ellere bırakılmasının ciddi sonuçları vardır. Özel sektöre bırakılan sağlık hizmetleri, insanların gereksinimlerine göre değil, satınalma güçlerine göre biçimlenir ve yönlendirilir.

Sağlık hizmetlerinin özel sektöre terk edilmesi, öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok ihmal edilmesi ve daralması sonucunu doğurur. Çünkü bu alanda piyasada talep doğması mümkün değildir. Örneğin, koleraya yakalandıktan sonra tedavi olmak için para ödemeye hazır çok insan vardır; ama, kolera salgını önlemek için suların temizlenmesi sorununa piyasa mekanizması çerçevesinde çözüm beklemek boşunadır. Bu tür hizmet-ler, ancak, "herkese ihtiyacına göre" ilkesi doğrultusunda faaliyet göstermeleri mümkün olan kamusal hizmet birimleri

<sup>3</sup> Jan Marijnissen, *Enough !. A socialist bites back*, (Hollanda Sosyalist Partisi yayını), Elsevier, 1994, s. 68.

<sup>4</sup> Victor W. Sidel, "Health Care: Privatization, Privilege, Pollution, and Profit", *What Reagan Is Doing To Us*, Harper and Row, New York, 1982, s. 46-48.

tarafından yerine getirilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerindeki çöküş, yalnızca, kamunun doğrudan doğruya sağlıkla ilgili alanlardan çekilmesi sonucu olarak belirmez. Ayrıca, sağlıkla doğrudan ilgili olmayan başka bazı alanlarda gerçekleştirilen özelleştirmelerin de koruyucu sağlık hizmetleri açısından tahripkâr sonuçlar doğurduğu görülür. Örneğin, özelleştirmeye öncülük eden ülkelerden İngiltere'de suyun özelleştirilmesiyle birlikte fiyatların artması yüzünden, su faturalarını ödemekte acze düşen bir çok abonenin susuz yaşamak zorunda kalması sonucunda görülen budur. Ünlü The Guardian gazetesinde çıkan bir haberde yer alan şu cümlelere bir göz atmak bu açıdan yararlı olabilir: "Birmingham'daki bir yüksek blokta oturan kiracıların yedide birinin su aboneliklerinin kesilmesi üzerine doğan durumu bir kapıcı 'tam leş gibi bir vaziyet' doğdu cümleleriyle betimlemekte. Tuvaletlerinde sifon kullanma olanağından yoksun kalan kiracılar, ihtiyaçlarını merdiven boşluklarına görmekteler veya lazımlıklarını pencerelerden dışarıya boşaltmaktalar." <sup>5</sup>

Sağlık hizmetlerinin özel sektöre terkedilmesinin diğer önemli sonucu, tedaviye yönelik sağlık hizmetleri alanında görülür. Bu alanda görülen, parası olmayan ağır hastalar için hastaneler, bakım evleri yapılmasına son verilmesi, yapılmış olanların kapatılması; buna karşılık, paralılarına yönelik sağlık ve bakım hizmetleri sunan merkezlerin geliştirilmesidir. Kuşkusuz, bu dönüşüm, dar bir ayrıcalıklı kesime hitabeden pahalı ve lüks sağlık hizmetlerinde görülen gelişmeye rağmen genel olarak sağlık hizmetlerinin çökmesi yönünde bir daralma olarak belirir.

Somut örnekler vermek gerekirse, tüberküloz, uyuz gibi hastalıkları tedavi için hastaneler kurulmasının veya bu gibi hastalıklara yakalanmış olanların mevcut hastanelerde tedavi imkanı bulmalarının, rekabete dayalı piyasaya koşullarında giderek güçleştiğine işaret etmek gerekir. Çünkü bu tür hastalıklar esas olarak yoksulluğun sonucudur. Yoksul oldukları için bu tür hastalıklara yakalanmış olanların, tedavi için gerekli satılma güçleri de bulunmayacağından, bunlara yönelik sağlık hizmetlerinde talep yokluğundan kaynaklanan bir daralma başgöstermesi kaçınılmazdır.

Buna karşılık, sağlık hizmetleri alanında kayda değer bir talep oluşturabilecek ölçüde satılma gücüne sahip olanların gereksinimlerini karşılamaya yönelik pahalı yatırımlara girişecek müteşebbisler bulmak, her zaman mümkündür. Bu nedenledir ki neoliberal politikaların uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetlerindeki genel çöküşün, son derece gelişkin estetik cerrahi merkezlerinin kurulmasıyla eşlenmesi adeta bir kural haline gelmiştir. Bu nedenledir ki İngiltere'de İşçi Partisi, Muhafazakarların sağlık politikasını eleştirmek için ilginç bir slogan bulmuştur:

"Torilerin sağlık politikası- Daha çok estetik cerrahisi!"

Bu çelişki, bizim gibi dışa bağımlı ülkelerde daha da çarpıcı görünüm kazanmaktadır: Bir yanda, annesinin cenazesini hastaneden çıkarabilecek parayı bulamayanlar; diğer yanda, zayıflamak için Batı'nın ünlü sağlık merkezlerinden yararlananlar... Bu durum, kimi çevrelerce sevinçle karşılanan ve "devletin küçülmesi" denilen eğilimler çerçevesinde, sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan ve esasen çok düşük olan payın, 1980'den bu yana önemli ölçüde azaltılmış olmasının kaçınılmaz sonucudur. İddia edilenin tersine, sağlık alanında yaşananlar açıkça göstermektedir ki "devletin küçülmesi" toplumu bir kamburdan kurtarmamakta, mevcut kamburların daha da büyümesi süreci başlatılmış olmaktadır. Gerçekte küçülen, toplumun kamburu değildir; gerçekte küçülen, sağlık alanında bugüne dek ancak çok cılız boyutlarda gerçekleştirilebilmiş olan bazı kamusal kurum ve hizmetlerdir ve vergi ödeme gücü olan varlıklı kesimlerin bu kurum ve hizmetlerin finansmanına yönelik zaten çok sınırlı olan katkılarıdır.

### Acı Bir Tecrübe

Sonuç olarak denilebilir ki liberalizmin 70'li yıllardan itibaren kabaran ve ülkemizi de içine alan yeni serüveninin sonuçlarının öncelikle sağlıkla ilgili konularda görülmesi, ortaya çıkardığı olumsuzlukların önemini ve ciddiyetini büyütülmektedir. Bir bakıma, insanlık, karşılaştığı bunalımların çözümü için görünmeyen ellere sarılmakla -Nasrettin Hoca misali- karanlıkta kaybettiğini aydınlıkta aramak yolunu tutmuştur. Üstelik, bu arayışın, yalnızca zaman kaybindan ibaret olmayan bedelleri bulunduğu, geçen asırda Avrupa'da denenmiş bulunan liberalizmin yol açtığı sefalet ve sömürü çerçevesinde büyük acılar pahasına yaşanarak görülmüştür.

<sup>5</sup> Ian Gregory, *The Guardian*, 2 Eylül 1992; Brendan Martin, *age*, s. 119-120.

## AVRUPA BİRLİĞİ VE SAĞLIK-GENEL BAKIŞ

**Prof. Dr. H. Seval AKGÜN**

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Avrupa Birliği ya da kısaca AB, yirmi yedi üye ülkeden oluşan ve toprakları büyük ölçüde Avrupa kıtasında bulunan siyasi ve ekonomik bir örgütlenmedir. Üye devletler olarak bilinen Almanya, Avusturya, Birleşik Krallık, Belçika, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Kıbrıs, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan'dır.

1993 yılında, Maastricht Antlaşması olarak da bilinen Avrupa Birliği Antlaşması'nın imzalanması sonucu, var olan Avrupa Ekonomik Topluluğu'na yeni görev ve sorumluluk alanları yüklenmesiyle kurulmuştur. Yaklaşık 500 milyonluk nüfusuyla Avrupa Birliği, dünyanın nominal gayri safi yurtiçi hasılasının %30'luk bölümünü oluşturur.

Avrupa Birliği, tüm üye ülkeleri bağlayan standart yasalar aracılığıyla, insan, eşya, hizmet ve sermaye dolaşımı özgürlüklerini kapsayan bir tek pazar geliştirmiştir.

Avrupa Birliği, devletlerarası ve çokuluslu bir oluşumdur. Birlik içinde kimi konularda devletlerarası anlaşma ve fikir birliği gerekir. Ancak belirli durumlarda uluslararası yönetim organları, üyelerin anlaşması olmaksızın da karara varabilir. Avrupa Birliği'nin bu tip hak'ara sahip önemli yönetim birimleri Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu, Avrupa Birliği Konseyi, Liderler Zirvesi, Avrupa Adalet Divanı ve Avrupa Merkez Bankası'dır. Parlamentosu, Avrupa Birliği vatandaşları beş yılda bir oylama yöntemiyle seçerler.

Avrupa Birliği'nin temelleri 1951 yılında, 6 ülkenin katılımıyla oluşturulan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu'na ve 1957 Roma Antlaşması'na dayanmaktadır. O dönemden bu yana, birlik yeni üyelerin katılımıyla boyut olarak büyümüş; var olan yetkilerine yeni görev ve sorumluluk alanları ekleyerek de gücünü artırmıştır. Üye devletler Aralık 2007'de, birliğin bugüne dek yaptığı antlaşmalar ile yasal yapısını güncellemek ve iyileştirmek amacıyla Lizbon Antlaşması imzalanmıştır. Lizbon Antlaşması'nın onaylanma ve işleme girme sürecinin 2008 yılı içinde olması öngörülmüşse de İrlanda'da, antlaşmanın onaylanması için yapılan halkoylamasının olumsuz sonuçlanması, sürecin geleceğini belirsizleştirmiştir.

### AVRUPA BİRLİĞİ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN ANA FARKLILIKLARI

#### **Dünya Sağlık Örgütü:**

Birleşmiş Milletler tabanlı

Hükümetler arası: kararlar bağlayıcı değildir

Teknik danışmanlık: ana enstrümanlar denenir

Düşük bütçe

Avrupa Bölgesi: 53 üye ülke

#### **Avrupa komisyonu:**

Hükümetler arası: kararlar bağlayıcı değil

Demokrasi, kanun ve insan haklarının korunmasına odaklı

Düşük bütçe

47 üye ülke

## **AVRUPA BİRLİĞİNİN SAĞLIK SORUN VE HİZMETLERİNE YAKLAŞIMI**

Avrupa Birliğinin sağlık konusuna bakışı kuruluşundan bu yana çok ağır olarak değişime uğramıştır. Bu değişimi Toplulukları kuran ve geliştiren mevzuatı inceleyerek izlemek mümkündür.

### **A. ROMA ANLAŞMASI:**

Anlaşmanın giriş bölümünde, üye devletlerin, Avrupa'yı bölen engelleri azaltarak ekonomik ve sosyal gelişmeyi garanti altına almayı ve Birlik yurttaşlarının çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin değişmez hedefleri olacağını garanti ettikleri belirtilmektedir. Ekonomik konuların ağırlıklı olarak yer aldığı kurucu Anlaşmanın girişinde Avrupa ülkelerinin sosyal gelişmelerinin garanti altına alınması ve "yaşam koşullarının iyileştirilmesi" konularına değinilmiş olmasına karşın sağlık ve sağlık politikaları ile ilgili ayrı bir madde bulunmamaktadır.

Ancak, sosyal hükümlerle ilgili bölümde yer alan 118. maddede, Komisyonun üye devletler ile sosyal alanda yakın işbirliğini geliştirmek görevini üstleneceği hükme bağlanırken, üstünde özellikle durulacak konular arasında "mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi" ve mesleki hijyen" den söz edilerek sağlığa dolaylı olarak değinilmiştir. Avrupa Birliğinde "yaşam kalitesinin yükseltilmesi" hedef olarak benimsendiği halde, mevzuatında bu hedefe ulaşmada önemli unsur sayılabilecek insan sağlığına ilişkin politika ve hizmetlerin iyileştirilmesine doğrudan amir madde ve hükümler bulunmaması, Birliğin sosyal gelişmesi açısından bir engel olarak görülmüş ve bu eksikliğin, Birlik üyesi bazı ülkelerin (Danimarka ve Lüksemburg) Roma Anlaşmasına sağlık ile ilgili bir madde konulması önerisiyle giderilmesi girişimleri başlatılmıştır.

### **B. TEK SENET**

Avrupa Tek Senedi, Çevre ve Sosyal Politikalar ile ilgili hükümleri ile "yaşam kalitesinin yükseltilmesi" hedefini vurgulamakta ve Avrupa Birliğini salt ekonomik bir birleşme kimliğinden kurtarmaktadır. Senet'in çevreyle ilgili alt bölümünde, bu konuda girişilecek eylemlerin "insan sağlığını korumaya katkıda bulunmak amacıyla güden" maddesi ile insan sağlığı konusuna değinilmiştir.

### **C. BEYAZ KİTAP (WHITE PAPER)**

Avrupa Birliği mevzuatının yürütmeye yönelik olarak hazırladığı Beyaz Kitap ile halk sağlığı konusunda önemli girişimler başlatılmıştır. Bu girişimler daha sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak yer alacaktır. Bunların yanı sıra Avrupa Birliğinin başlıca halk sağlığı sorunları olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, uyuşturucular gibi konularda Avrupa Birliği Komisyonunca bir dizi karar, direktif, yönerge, tavsiye kararı, ilke kararı gibi üye ülkeler açısından bağlayıcılığı olan ya da olmayan mevzuat çalışmaları bulunmaktadır.

## **AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN YAKLAŞIMLARI**

Avrupa Birliğine üye devletlerin Ulusal sağlık politikaları farklılıklar göstermektedir. Birliğin de bu farklılıkların ortadan kaldırılması konusunda bir çabası bulunmamaktadır. Tam tersine, üye ülkelerin kendi Ulusal Sağlık Politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir. Ancak, İç Pazarın tamamlanması çerçevesinde alınan önlemler arasında sağlıkla ilgili bazı önlemler de yer almaktadır. Örneğin; sınırlarda

"fiziki engel" oluşturan sağlık kontrollerinin kaldırılabilmesi için üye devletlerin kendi içlerinde sağlıkla ilgili bir dizi önlem almaları gerekmiştir. Yine halk sağlığı ile dolaylı ilgisi olan bir konu da ürünlerin standardizasyonudur. Avrupa Birliği, sağlıkla ilgili yasaklama önlemlerinin ticarete engel oluşturmaması için piyasada tüketime sunulan tüm ürünlerde asgari ortak şartlar aranmasına karar vermiş ve üye devletleri bu kararı uygulamaya çağırmıştır.

Yukarıda belirtildiği gibi her ne kadar bağlayıcı olmayan çalışmalar da mevzuatta yer almakta ise de, sağlık konusunda tüm üye ülkelerin belirli bir standartı yakalamış olması Birliğin temel felsefesi olmasından dolayı, üye devletlerce bu hükümler ciddiye alınarak uygulanmakta ve Birliğin birtakım fonları ve programları ile üye ülkelerin



belirlenen standartlara ulaşması desteklenmektedir. Ayrıca, üye devletlerden birinin ortaya koyacağı standarta diğer ülkelerin uyma zorunluluğu olmamakla birlikte, kişilerin ve malların serbest dolaşabilmesi için tüm üye devletlerin, Birliğin koyduğu asgari koşullara uyma zorunluluğu kendiliğinden doğmaktadır.

## AVRUPA BİRLİĞİ TIP VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI PROGRAMLARI

### Ortaya Çıkış Nedeni

Daha önce de belirttiğimiz gibi üye devletler kendi halklarının sağlıklarını koruma ve iyileştirme konusunda öz kaynakları ve deneyimleriyle birincil derecede sorumludurlar. Ancak, sağlık hizmetlerinin sürekli artan gereksinimleri ve yüksek maliyetleri Avrupa Birliğinin desteğini gerektirmiştir. Üye devletlerin münferit araştırmaları küçük çapta ve dağınık bir durumda olup yetersiz kalmaktadır ve Birlik düzeyinde bir işbirliği ve koordinasyon gereksinimi bulunmaktadır. Bu nedenle AB üyesi devletler Tıp ve Halk Sağlığı Araştırmalarında İşbirliği Anlaşması aracılığıyla sağlık hizmetlerinin hem kalitesini iyileştirmeyi hem de maliyetleri düşürmeyi amaçlamaktadırlar.

Bu doğrultuda olmak üzere Avrupa Birliği Konseyi 1978 yılında 3 adet "Birleştirilmiş Eylem" geliştirerek Topluluğun ilk "Tıp ve Sağlık Araştırmaları Programı"nı ortaya çıkarmıştır. 1980'de başlayan 2. programda birleştirilmiş eylem sayısı 7'ye; 1982'de 34'e, 1987'de 72'ye ve 1989'da ise 110'a çıkarılmıştır.

Bu arada Birliğe üye olmayan bazı devletler de COST (Cooperation in the field of Scientific and Technical Research) çerçevesinde bu programlara katılma olanağı elde etmişlerdir.

### Hedefleri:

- Sağlık hizmetlerine ilişkin çabaların kapasitesini ve ekonomik etkinliğini artırarak artan maliyetleri ile mücadele etmek.
- Ulusal araştırma olanaklarını Birlik düzeyine kaydırarak araştırmaların etkinliğini artırmak.
- Tüm üye devletler tarafından, önerilerine bağlı olarak seçilen alanlarda bilimsel ve teknik bilgileri artırmak ve etkin bir şekilde uygulamaya geçirmek.

Avrupa Birliği Tıp ve Sağlık Araştırma Programlarını oldukça başarılı bir şekilde yürüterek araştırmaların ve katılımcı ülkelerin sayısını artırmıştır. Programa katılan bazı araştırmalar biyomedikal bilimin mevcut bilgi birikimine, daha şimdiden Birlikte büyük gelişmeye sahip olan medikal teknikler ve araçlarla ilgili bilgilere ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine katkılarda bulunmuştur.

Çerçeve programlarda yer alan araştırma konuları ise şu şekildedir:

- EURATOM Anlaşmasına dayalı olarak radyasyondan korunmaya yönelik araştırma.
- AET Anlaşmasına dayalı olarak medikal ve halk sağlığı araştırmaları.
- AET Anlaşmasına dayalı olarak mesleki sağlık, hijyen ve iş güvenliği ile ilgili 7 program.
- Tıp ve yeni terapinin geliştirilmesi.
- Koruyucu hekimlik ve sağlık sistemlerinin koordinasyonunun geliştirilmesi.
- Tıpta ilaçlar ve kullanımları.
- İş sağlığı ve risk faktörleri.
- Biyomedikal teknoloji.
- Sağlık hizmetleri araştırması.
- Sosyo-ekonomik önemi olan majör sağlık sorunları ve hastalıklar ile ilgili araştırmalar.
- AIDS.

- Kanser.
- Kardiyo-vasküler hastalıklar.
- Mental ve nörolojik hastalıklar.
- Yaşlılık ve yaşla ilgili sorunlar ve sakatlıklar.
- İnsan gen analizleri.
- Genetik harita geliştirilmesi.
- Fiziksel haritalama.
- DNA-Sequencing
- Veri değerlendirmesi ve veri tabanları.
- İnsan gen analizlerinde teknolojinin kullanımı ve geliştirilmesi.
- Biyomedikal etkiler ile ilgili araştırmalar.
- Koruyuculuk, bakım ve sağlık sistemleri.
- Majör sosyo-ekonomik öneme sahip hastalıklar.
- İnsan gen analizleri.

### WHITE PAPER'DA SAĞLIK KONUSU

Avrupa Sosyal Politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında çıkarılan bu Kitap, sosyal politikalar alanında bir kilometre taşıdır. AB'ne üye ülkelerde sosyal politikaların, ekonomik politikaların tamamlayıcısı olarak ve eş anlı gerçekleştirilmesine ilişkindir. Bu politikaların içerisinde çalışma alanı, eğitim, barınma ve yaşama koşulları, işyerinde sağlık ve güvenlik, serbest

dolaşım, kadın-erkek eşitliği, sosyal güvenlik ve sosyal korunma ve halk sağlığında herkese eşit fırsat (aile yaşamı; ailelerin, yaşlıların, özürülülerin ve marjinal grupların sağlığı da dahil olmak üzere) ve demografik yapı yer almaktadır.

Sosyal politikaların uygulanmasına ilişkin üye ülkeler, sosyal partnerler (konuyla ilgili işbirliği yapanlar), gönüllü ve yerel örgütler, Avrupa yurttaşları ve uluslararası organlar arasında yeni bir ortaklık kurmayı teşvik etme yollarının araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Amacı, 21. yüzyıla girerken üye ülkelerde yaşayan insanlar için ekonomik refahın eşsiz uyumunu, sosyal birlikteliği ve yaşamın her evresinde yüksek kaliteyi sağlayarak, bir Avrupa sosyal modeli geliştirmek ve korumaktır. Ve buradaki temel felsefe şudur : "Herkese eşit yararların sağlandığı bir toplum değerlidir." White Paper, bu yüzyılın sonlarında (1995-1999 döneminde) sosyal politika alanında bir adım daha ileride uyumlaştırma yollarını araştırmaktadır ve Birliğe yeni üye olacak ülkeleri de kapsamaktadır. Eğer bu başarlırsa, Birlik katma değeri artacak ve maksimum maliyet/etkinlik oranına ulaşılacaktır. "Ekonomik ve sosyal ilerleme için anahtar kaynak iyi eğitilmiş, yüksek motivasyonlu ve uyum sağlamış insanlardır. İlerleme yalnızca ekonomilerin rekabet edebilirliği basitliğine indirgenemez; bir bütün olarak Avrupalıların etkinliği gereklidir" görüşünü benimsemiştir. Birlik içinde dinamik bir sosyal yapı sağlamak amacıyla yönelik olarak Yapısal Fonlar olarak bilinen türlü fonlardan üye devletlere finansal destek sağlanmaktadır. Bu

fonlardan en önemlisi Avrupa Sosyal Fonu'dur. Avrupa Sosyal Fonu işsizlik ve işten çıkarmayla mücadele, eşit fırsatları destekleme, gençlerin entegrasyonu, çalışanların mobilitesini ve endüstriye uyumlarını sağlama, halkın genel eğitim düzeyini artırma ve sağlık sektörüne yönelik eğitim, bilim ve teknoloji hizmetleri sunma gibi faktörleri içeren sosyal politikaları desteklemektedir. Ayrıca Birlik, özellikle sağlıkla ilgili olmak üzere çok sayıda pilot projelere ve programlara (Biomed, Life, AIDS, Kanservb) finansal destek sağlamak ve programlar arasında bilgi ve deneyim değişimini teşvik etmektedir.

White Paper'da yer alan ilkelere bir diğeri de, insanların günlük yaşamları üzerine gerçek bir etkisi olan sosyal politikalar ve tüm sosyal gelişmelere ilişkin bilgilerin ulaşılabilir ve açık olmasıdır. Bundan dolayı Komisyon, Birlik eylemlerinin şeffaflığı ve daha iyi anlaşılmasını başarmak için sosyal alandaki gelişmeler ve Avrupa yurttaşlarının

sosyal hakları ve fırsatları ile ilgili bilgilerin daha çok ve daha iyi bir şekilde insanlara ulaştırılması amacıyla Enformasyon Bürolarının faaliyete geçirilmesini ister.

Bir bilgi toplumu yaratma; sosyal-bilimsel unsurlar ve sosyal alandaki orta vadeli araştırma kapasitelerini geliştirme konularında sinerji sağlamak için data toplama, analizi ve bilgilerin yayılması gerektiğini belirtir ve buna yönelik olarak Yıllık Demografik Rapor, Sosyal Kalkınma Raporu, Eşitlik Raporu, Sosyal Dışlanma Gözlemleri, Yaşlanma ve Yaşlılık, Hastalık Raporları gibi raporlar yayımlanması görevini Komisyona verir.

Önümüzdeki 20 yıl içinde Birliğin demografik yapısında çok büyük değişmeler yaşanacak olması oldukça önemli görülmektedir. Özellikle nüfusun yaşlanması ve yaşlıların korunması, entegrasyonu ve bakımlarının sağlanması gereklidir. 2010 yılı itibarıyla 20 yaş altı nüfus oranının %24'ten %21'e düşmesi

beklenirken, 60 yaş ve üzeri nüfus oranının %20'den %23'e yükseleceği beklenmektedir. Yaşam beklentisinin her 5 yılda 1 yıl artacağı öngörülmektedir. Yaşlı insanları aktif kılmak ve bunlara sağlık ve sosyal yönden destek vermek için toplumun güçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun için de Sosyal Koruma Kararları ve Politikaları Yaklaşımı adı altında Avrupa Konseyi Tavsiye Kararı alınmıştır. Boşanmaların artması üzerine değişen aile yapıları, ve marjinal gruplar da üzerinde durulması gereken diğer sorunlardır. Bunlara ilişkin hakların korunması ve artırılması da Komisyon'un görevidir.

Avrupa Birliği içinde 52 milyondan fazla insan yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır ve bu sonuç AB ekonomilerinin ve toplumlarının yapısal değişimlerden etkilenmesi sonucu ortaya çıkan endemik bir

olaydır. Tek tek üye ülkeleri ve bir bütün olarak AB'yi tehdit etmektedir. Bu sonucu doğuran süreç dinamik ve çok boyutlu bir yapıdadır. Yalnızca işsizlik ya/ya da düşük gelire bağlı olmayıp, aynı zamanda barınma koşulları, eğitim düzeyi ve fırsatları, sağlık, ayrımcılık, yurtaşlık ve yerel toplumlara entegrasyona da bağlıdır. Bu nedenle yoksulluğu ve dışlanmışlığı önlemek ve bununla savaşmak için tüm çabaların harekete geçirilmesi ve ekonomik ve sosyal önlemlerin kombinasyonu gereklidir. Bu konuda birçok çalışma yapılmıştır ve yapılması sürdürülecektir. AB nüfusunun %10'undan çoğu özürliülerden oluşmaktadır. Bunlar için BM'in Özürliüler İçin Eşitlik Sağlamaya Yönelik Standart Kuralları benimsenmiş ve bu doğrultuda Avrupa Sosyal Fonu, Horizon, ve Helios eylem programları ve Handynet sistemi gibi çeşitli kurum ve programlar yürütülmektedir.

### **HALK SAĞLIĞI ALANINDA EYLEM (WHITE PAPER)**

Burada özellikle halk sağlığı ile sosyal ve çevresel politikalar arasında önemli bağlantılar bulunduğu belirtilmektedir. Yoksulluk, işsizlik ve bunların sağlık üzerinde yarattığı olumsuz sosyal sonuçlarını; nüfusun dikkate değer bir şekilde yaşlanması ve demografik değişimlerle sağlık ve sosyal koruma sistemleri üzerinde oluşan baskıları; yürütülen sosyal entegrasyon çerçevesinde koruyucu ve rehabilite edici sağlık programlarının rolünü; çevresel koşulların sağlık üzerindeki etkilerini ve AB içerisindeki artan nüfus hareketliliğinden ve AB'ne göçlerden kaynaklanan spesifik sağlık sorunları ve artan gereksinimleri içermektedir.

Komisyonun yayımlanmış olduğu halk sağlığı alanında eylem çerçevesine ilişkin Bülten'de Komisyon, mevcut sağlık durumu ve üye devletlerin karşı karşıya bulunduğu ve mevzuatın uygulanmasından kaynaklanan bir yaklaşım olarak belirtilen sağlık sorunlarını tanımlamaktadır. Bu Bülten, AB düzeyinde eylem alanının değerlendirilmesine ilişkin bir çok alanda çok yıllık program yapma kolaylığı sağlar. Bu programlardan üç tanesi için verilen Karar teklifleri Komisyon tarafından kabul edilmiş ve 1995 yılında uygulanması amacıyla Avrupa Konseyi ve Parlamentosunun ortak kararı olarak dikkate alınmıştır. Bu programlar:

- kanser;
- sağlıklı olmayı teşvik, bilgilendirme, eğitim ve hizmet içi eğitim;
- uyuşturucu bağımlılığını önleme konularındadır.

Bunlardan başka, AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıklar ile öncelikli bir konu olarak hastalıkların araştırılması ve izlenmesini de kapsayan sağlık verileri ve göstergeleri üzerine daha fazla programlar geliştirilmesi yer almaktadır.

Ayrıca, kaza ve yaralanmalar, kirlilikle ilgili hastalıklar ve az görülen hastalıklar gibi alanlarda da daha çok programlara yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Komisyonun başlatmış olduğu bir diğer konu da, sağlığın korunmasından kaynaklanan gereksinimlerin tümü gözönünde bulundurularak, diğer sektörler içindeki sağlık politikalarının geliştirilmesini sağlamaya yönelik bölümlerarası sağlık grubunun kurulmasıdır.

AB eylemlerinin formülasyonunda ve geliştirilmesinde diğer alanlardaki ilişkiler gözönüne alınacaktır ve iki alan arasında yapılaşma, organizasyon ve uygulamadaki farklılıklar hususlarında dikkatli olunurken, sosyal ve sağlık önlemleri arasında maksimum sinerji sağlanması amaçlanacaktır.

AB içindeki sağlığın korunmasıyla ilgili kararların uygulanmasında üye ülkelerin deneyimlerinden yararlanılarak, daha çok gereksinim duyulabilecek eylemlere öncelik verilecektir. Komisyon, özellikle üye ülkelerin temel sağlık seçimleri, hizmetlerin dağıtılması ve sağlıkla ilgili yeni teknolojiler gibi alanlarda işbirliğini sağlayacak ve üye devletlerden gelen talepleri karşılayacaktır. Dikkate alınması gereken bir diğer özel alan ise, Birlik içinde gelişen mobilite sonucu artan hizmetlere ve olanaklara ulaşma gereksinimini üye devletlerin karşılayabilmesi için destek verilmesidir.

### WHITE PAPER'DAN SONRA YAPILAN ÇALIŞMALAR

AB'nin yukarıda sözü edilen Tıp ve Sağlık Araştırmaları kapsamında yer alan Dördüncü Çerçeve Programında (1994-1998) 2600 yeni proje finanse edilmiştir.

Çerçeve Programın katkıda bulunduğu bilimsel ve teknolojik atımlardan bir kaçısı şu şekilde özetlenebilir:

- Buğday genomu diziliminin çıkarılması (gıda sanayii ve sanayi enzimlerinin üretiminin yanı sıra kalın bağırsak kanseri, sistik fibroz gibi insan hastalıkları ile ilgili olarak halk sağlığını ilgilendirmekte),
- Çevre üzerinde olumsuz etkileri olan klor esaslı bir bileşik olan PVC'nin yerine kullanılacak kağıt esaslı bir üstleç geliştirilmesi,
- Ozon tabakasını tehdit eden CFC'lerin imhası için bir sürecin geliştirilmesi,
- Çevre-Su, Aşılar ve Viral Hastalıklar.

1994-1995 döneminde AB eylem planı çerçevesinde HIV/AIDS'in önlenmesiyle ilgili aşağıdaki alanlarda toplam 134 uluslararası işbirliği projesine finansal destek sağlanmıştır:

- HIV/AIDS hakkında epidemiyolojik veri toplanması,
- Davranış ve tutumlar hakkında bilgi edinilmesi, bilgilendirme ve bilinç artırma kampanyaları,
- Çocukların ve gençlerin eğitilmesi,
- Yüksek riskli gruplar arasında HIV bulaşımının önlenmesi,
- Etkilenen kişilere sosyal ve psikolojik destek ve ayrımcılığa karşı mücadele.

Creutzfeldt-Jakob hastalığı dahil BSE (Bovine spongiform encephalopathy) ve diğer prion hastalıklarını içeren tüm "bulaşıcı spongiform encephalopathy" (deli dana hastalığı) hastalıklarına yönelik bir araştırma programı. Bu program beş alanı kapsamaktadır:

- İnsan "spongiform encephalopathy" hastalıkları üzerine klinik ve
- epidemiyolojik araştırma,
- Hastalığı bulaştıran şey ve onun geçiş yolları,
- Hastalığın teşhis edilmesi,
- Hastalığa yakalanma riskinin değerlendirilmesi,
- Hastalığın tedavi edilmesi ve önlenmesi.

Alzheimer hastalığı ve bunamadan etkilenen insanların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bunların bakımını sağlanmasına ilişkin program.

Çerçeve Programlar genel olarak, Avrupa Birliği tarafından araştırma ve teknoloji geliştirme faaliyetlerinin teşvik edilmesi ve söz konusu faaliyetlere mali destek sağlanması amacıyla tasarlanmıştır. 1984 yılından itibaren beşer yıllık süreleri kapsayan yedi adet çerçeve programı(ÇP) AB tarafından yürürlüğe konmuştur. Bunlardan sonuncusu olan 7. ÇP, 2007-2013 yılları arasındaki süreyi kapsamaktadır.

6 Nisan 2005 tarihinde Avrupa Komisyonu, AB'nin yeni araştırma programı için bir öneri benimsemiştir. Bu öneri, bilginin Avrupa'nın en önemli kaynağı olduğu bilinciyle, Avrupa'nın büyüme ve rekabet gücüne yeni bir hız kazandıracaktır. Yeni program Avrupa sanayisinin gereksinimlerine yönelik araştırmalara, uluslararası rekabet gücünü arttırmak ve bazı sektörlerde dünya lideri rolünü geliştirmek amacıyla, geçmişte olduğundan daha fazla vurgu yapmaktadır. Program aynı zamanda ilk defa olarak, bir Avrupa Araştırma Konseyi kurarak, Avrupa'nın araştırma güdümlü araştırmaların en iyilerine destek sağlayacaktır. Tüm program, Avrupa'nın küresel rekabet gücünü geliştirme rolünün gereği olan mükemmeliyet üzerinde yoğunlaşmış olacaktır. Diğer bir öncelik, süreçlere yönelik önlemler ve araçların rasyonelleştirilmesi yoluyla, programa katılımı daha basit ve kolay hale getirmek olacaktır.

Avrupa Komisyonu AB'nin 7. Çerçeve Programını 2007-2013 (7.ÇP) için iddialı bir taslak önermiştir. Alt başlığı 'Büyüme için Avrupa Bilgi Araştırma Alanını Oluşturmak' olan 7. ÇP, AB'nin rekabet ve istihdam ihtiyaçlarına cevap vermeye yöneliktir. Komisyon özellikle 7. ÇP bütçesinin 6. ÇP göre iki katına çıkarılmasını (2007-2013 döneminde 67.8 milyar Euro) olarak önermektedir. Komisyon'un önerisine göre 7. ÇP dört belli program dahilinde düzenlenecektir. Bunlar işbirliği, fikirler, insanlar ve kapasiteler programlarıdır. Dört alt programın dışında Ortak Araştırma Merkezi'nin faaliyetlerine ilave bir bütçe ayrılmıştır. Bu alanlara yedi yıl için ayrılan toplam bütçe yaklaşık 50.5 milyar Euro'dur. EURATOM Programı için de 2.7 milyar Euro ayrılması öngörülmektedir. Bu şekilde 7. ÇP'nin yedi yıllık bütçesi 53.2 milyar Euro'ya ulaşmaktadır.

Avrupa Birliği 7.ÇP'de sağlık alanı için önerilen bütçe büyüklüğü, 850 milyon Euro'nun üzerinde olup sağlık alanı bütçesi en büyük ikinci alan konumuna gelmiştir. Bu alanın amaçları arasında şunlar gösterilebilir.

Avrupa vatandaşlarının sağlık seviyesini yükseltmek.

Sağlık endüstrisi ve işletmelerinin rekabet gücünü arttırmak.

Küresel sağlık problemlerine çözüm aramak (yeni salgın hastalıklar dahil).

Yeni tedavi yöntemleri geliştirmek.

Yeni ilaçlar geliştirmek, yan etkisi azaltılmış ve diğer ilaçlarla etkileşimin önüne geçilmiş ilaçlar üretmek.

#### **Bu araştırma alanı;**

Sağlıklı kalabilmenin ve büyük hastalıkları tedavi etmenin yöntemleri konusunda daha detaylı bilgilendirme yapılmasını.

Genetik, biyolojik ve biyoteknik verinin, ilaç ve biyoteknoloji konularında yeni bilgi ve uygulamalarda kullanılmasını.

Biyomedikal araştırmadan yaşam kalitesinin geliştirilmesini içeren pratik faydalar elde etmede esas unsur olan ülkelerearası sağlık araştırmalarının teşvik edilmesini.

Avrupa'nın evrensel önem taşıyan hastalıklarla savaşmada uluslararası çalışmalara katkıda bulunmasını.

KOBİ'lerin ana lokomotif olduğu ilaç ve eczacılık sektörlerinin rekabet kapasitesinin artırılmasını.

Araştırma sonuçlarını sivil topluma ileterek, özellikle hasta gruplarla erken teşhis konusunda bağlantı kurmaya önem verilmesini öngörmektedir.

## AVRUPA BİRLİĞİ ve SAĞLIK: Enstitüler, Programlar, Projeler

Doç. Dr. Nilay BAŞARAN

TUBİTAK AB Çerçeve Programları Müd. Uluslararası İşbirliği Dairesi Başk. V.

Avrupa Birliği (AB), insan hayatının temel unsuru olan sağlık alanında yapılan Ar-Ge çalışmalarına ve yatırımlarına çok büyük önem vermektedir ve bunun için üye ülkeleri ve tüm dünyayı etkileyecek politika ve eylemleri hayata geçirmektedir. Avrupa Birliği'nin rolü daha önce üzerinde çalışılmış konuları tekrar etmekten çok ülkelerin yalnız başına üstesinden gelemeyeceği alanlarda ve birlikte hareket etmenin kaçınılmaz olduğu durumlarda koordinasyonu sağlamak ve işbirliğini desteklemektir. Bu, pandemik hastalıklar ve biyoterörizm gibi insan sağlığına yönelik uluslararası boyutta büyük tehditlere karşı gerekli önlemleri almak gibi konularında içerir. Böylelikle ulusal ve bölgesel seviyede kalan çabalar, sınır tanımayan bu sorunlara küresel bir bakış açısı getirilmesini sağlar. Avrupa ve tüm dünya ülkeleri bu sorunlarla mücadelede uluslararası işbirliğinin gerekliliğinin farkındadır. Çok uluslu ve çok disiplinli işbirliğine dayalı araştırma programları ile bu çabalar desteklenmekte ve kalıcı mekanizmalar oluşturulmaktadır.

AB'nin sağlık alanındaki çalışmaları; hastalıkların önlenmesi, beslenme ve gıda güvenliği, medikal ürünlerin güvenilirliği, sigarayla mücadele, kan, doku, hücre ve organ mevzuatını düzenleme, su ve hava kalitesi ve sağlıkla ilgili birimlerin kurulması gibi konuları kapsar ve bu çalışmalar üye ülkelerin faaliyetlerini destekleyici niteliktedir. Ancak her geçen gün artan sorunlar karşısında stratejik eylem planları geliştirilmesi zorunludur. Avrupa Komisyonu bu ihtiyaca cevap verebilmek için 23 Ekim 2007'de, 5 yıl boyunca geçerli olacak yeni bir Sağlık Stratejisi oluşturmuştur. Bu yeni Strateji Planı sağlık alanındaki tüm sektörler arasındaki işbirliğini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Strateji planı, yaşlanma, salgın hastalıklar gibi sağlık tehditleri ve sağlık hizmetlerinde yeni teknolojiler geliştirmek gibi 3 stratejik alandan oluşmaktadır.

AB'nin sağlık alanındaki prensiplerini ve stratejilerini hayata geçirmesinde Çerçeve Programları'nın rolü büyüktür. AB tarafından 1984 yılından beri Avrupa'nın Araştırma ve Teknoloji gelişime kapasitesini artırma ve böylelikle sosyo-ekonomik kalkınmasını sağlamasını amaçlı Çerçeve Programlar'a ülkemiz altıncısından itibaren katılmaktadır ( 2002-2006) ve koordinasyonu TUBİTAK tarafından yapılmaktadır. Halen yürürlükte olan AB 7 Çerçeve programı ise , 2007-2013 yılları arasında sürecek olup uzun soluklu bir programdır. Dört alt programdan oluşan 7. ÇP'nin alt programlarından bir tanesi, Uluslararası İşbirlikleri'ne dayanan İşbirliği Özel Programı'dır. Çok uluslu ve çok ortaklı konsorsiyumların oluşturularak Avrupa Komisyonu (AK)'na projelerin sunulduğu bu özel program kapsamında on tane tematik alan mevcuttur. Bunlardan bir tanesi olan Sağlık Alanı; 6.1 milyar Avro'luk bütçesi ile en önemli alanlardan biridir.

Sağlık alanındaki projeler, bütçesi önceden belirlenen ve genellikle yılda bir defa yayınlanan çağrılar kapsamında seçilerek fonlanmaktadır. Açılma ve kapanma tarihleri önceden belirlenmiş olan çağrılarda fonlanacak konular, Avrupa Komisyonu tarafından AB'nin önceliklerine göre düzenlenmekte ve Çalışma Programı adı verilen dokümanda yayınlanmaktadır. Bu program kapsamındaki projelerde yer alabilmenin en temel koşulu, hazırlanacak olan projenin Çalışma Programı'nda yer alan konu başlıklarına uygun olmasıdır. Doğru başlığın seçiminden sonra yapılması gereken ise, konsorsiyumlar oluşturulması veya oluşturulmuş konsorsiyumlarda yer alınmasıdır. Araştırmacılar kendi işbirliği ağlarından faydalanabilecekleri gibi, her ülkedeki Çerçeve Programlar Ulusal Koordinasyon Ağları, araştırmacılara ortak bulma/olma konusunda destek olmaktadır. 7. ÇP'nin ilk iki çağrısında Türkiye'den, fonlanan 5 projeye ortak olarak katılım sağlanmıştır. Sağlık alanı 3. Çağrısı ise 3 Eylül'de açılmıştır ve 3 Aralık'ta kapanacaktır. Adı geçen Çağrı'da bulaşıcı hastalıklar, salgınlar, korunma yöntemleri ve alınacak tedbirler gibi halk sağlığını yakından ilgilendiren konular yer almıştır. Daha önceki Çerçeve Programları'nda az sayıda desteklenmiş olan 'Halk Sağlığı'

ile ilgili konulara 7.ÇP'da daha fazla önem verilmiş ve 7. Çerçeve Programının ilk çağrılarında oldukça fazla sayıda yer almış ve önümüzdeki çağrılarda da bu alanda birçok çağrı konusunun yer alması beklenmektedir

7. ÇP'nin sağlık alanında faydalanabilecek bir diğer programı olan ve Avrupa Araştırma Konseyi (European Research Council-ERC) tarafından koordine edilen Fikirler Özel Programı, tamamen araştırmacı güdümlüdür, yani konusu ve kapsamı araştırmacının kendisi tarafından belirlenmektedir. Bütçesi 7.5 milyar \_ olan program kapsamında bireyler veya bireysel takımlar tarafından yürütülen mevcut bilimsel paradigmalara sınırlarında veya ötesinde mükemmeliyet odaklı projeler desteklenmektedir.

7. ÇP kapsamında yer alan, sağlık alanında yararlanılabilecek bir diğer program ise, mühendislerin, sanayi kuruluşlarının, üniversitelerin, araştırma merkezlerinin, kamu kurumlarının, laboratuvarların, mükemmeliyet merkezlerinin yararlanabileceği Marie-Curie Burs ve Destekleri'dir. Bütçesi 4.7 milyar \_ olan bu program, yabancı araştırmacı/mühendis istihdamı (sanayi-akademide), bireysel burslar, teknoloji transferi, sanayi-akademi işbirliği, ortak araştırma programlarına destek, tüm dünya ülkeleri ile araştırmacı/ar-ge personeli değişimi, tersine beyin göçü/bilginin dolaşımı konularında destek sağlamaktadır.

AB'nin politikalarının oluşmasına, gelişmesine, uygulanmasına ve izlenmesi amacıyla kurulan AB Ortak Araştırma Merkezi (JRC) Direktörlüğü, AB'nin bilim ve teknoloji referans merkezi olarak çalışmaktadır. JRC'nin temel yaklaşımı Avrupa Araştırma Alanı (European Research Area, ERA) ve 7. ÇP kapsamında aday ülkelere bilgi transferini kolaylaştırmaktır. Avrupa'nın çeşitli ülkelerinden gelen araştırmacıların çalıştığı İtalya, İspanya, Belçika, Almanya ve Hollanda'da bulunan ileri teknolojilerin kullandığı 7 adet araştırma enstitüsünden oluşur. Bunlardan sağlık alanıyla ilgili olan enstitü İtalya'daki Sağlık ve Tüketicilerin Korunması Enstitüsü'dür. JRC, araştırmacılara: doktora ve doktora sonrası burslar, kıdemli bursiyerlik, projelerde işbirliği, ulusal uzman pozisyonları, çalıştaylar ve eğitimler gibi fırsatlarla birlikte çalışmalarını JRC enstitülerinde yapma imkanları sunmaktadır. Kuruluşlara ise: kurumsal işbirliği, teknoloji transferi, kuluçka hizmeti gibi fırsatlar sunulmaktadır. Program için ayrılan toplam bütçe 1.75 milyar Avrodur.

Avrupa'da Yaşam Bilimleri alanını geliştirmek amacıyla kurulan Avrupa Moleküler Biyoloji Örgütü (EMBO-European Molecular Biology Organization), 24 ülkeden oluşan hükümetler arası bir yapıyla desteklenmektedir. EMBO, üye ülkelerde doktora sonrası burslar, kısa dönem ziyaret bursları, genç araştırmacı programı, pratik kurs ve çalıştaylar, elektronik bilişim programı, toplumla iletişime yönelik inisiyatifler, yaşam bilimlerinde kadınların daha fazla yer alması gibi konularda destek programları yürütmektedir. Şimdilerde yenilik olarak araştırma projeleri destek programına yönelik çalışmalar da sürdürülmektedir. Ülkemizin bu programlardan daha etkin biçimde yararlanması yaşam bilimleri alanında rekabet gücümüzü artırabileceği gibi bu konuda Avrupa Araştırma Altyapısıyla bütünleşmesine de önemli katkıda bulunacaktır.

AB sağlık politikaları ülkemizi de yakından ilgilendirmektedir. Ülkemiz çıkarları için maksimum fayda sağlamak için mevcut program, proje ve desteklerden olabildiğince fazla faydalanmak, Avrupa'daki etkin araştırma merkezleri ile sıcak diyalog halinde bulunmak ve uluslararası ve disiplinlerarası işbirliklerinin içinde daha çok yer almak gerekmektedir. Sağlık alanındaki küresel sorunlara cevap bulmak ve geleceğin politika ve teknolojilerinin oluşturulduğu projelerde yer almak Türk araştırma camiasının hedeflerinden biri olmalıdır. Ülkemiz, başta AB programları olmak üzere, bir çok uluslararası programlara girerek araştırmacılara büyük bir imkan sunmuştur. Gerek ülkemizin politika ve teknoloji üreten ülkeler arasında olması, gerekse ülkemizde yapılan bilimsel araştırmaların ve sunulan sağlık hizmetlerinin AB ülkeleriyle rekabet edebilir durumda ve hatta daha iyi düzeyde olabilmesi için üniversitemiz ve sağlık alanında etkinlik gösteren araştırmacı ve bilim insanlarımız bu programlardan daha çok yararlanmalıdır.

## GÜNÜMÜZDE KOAH EPİDEMİYOLOJİSİ:GİDEREK BÜYÜYEN, FAKAT İHMAL EDİLEN BİR KÜRESEL SALGIN

Ali KOCABAŞ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

### GİRİŞ

GOLD tarafından 2003 yılında önerilen, ATS/ERS tarafından da 2004 yılında kabul edilen tanılamaya göre kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterize, önenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık durumudur (1). Hava akımı kısıtlanması genellikle ilerleyicidir ve zararlı partikül ve gazlara karşı akciğerlerde oluşan anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir. GOLD tarafından 2006 yılında önerilen yeni tanılamada, yukarıdaki tanılamaya ek olarak KOAH'ın sistemik bir hastalık olduğu, akciğer dışı etkilerinin ve ek hastalıkların hastalığın şiddetini etkilediği vurgulanmıştır (2). Bu yeni tanımlama, hastalığın şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirme ve uygun tedaviyi belirlemede KOAH'a bağlı sistemik etkilerin ve KOAH'a eşlik eden ek hastalıkların dikkate alınması gerektiğini işaret etmektedir.

KOAH'ın en iyi bilinen akciğer dışı etkileri, kilo kaybı, beslenme anormallikleri ve iskelet kası fonksiyon bozukluğudur. Buna ek olarak, KOAH'lı hastalarda miyokard enfarktüsü, angina pectoris, osteoporoz, solunumsal enfeksiyonlar, kemik kırıkları, depresyon, diyabet, uyku hastalıkları, anemi, glokom ve akciğer kanseri sık görülmektedir (2).

Hastalık akciğer fonksiyonlarında % 50'ye ulaşan kayıplar gerçekleşinceye kadar genellikle asemptomatik, subklinik bir seyir gösterir, daha sonra semptomlar gelişince genellikle düşük düzeydeki egzersizlerde bile ortaya çıkan ilerleyici bir dispne, gaz değişim anormallığı ve solunum yetmezliği ile seyreden bir seyir gösterir (1). Sonuçta ya solunum yetmezliğinden, ya da koroner arter hastalığı, ya da akciğer kanseri gibi birlikte bulunan ek hastalıklardan ölüm gerçekleşebilir. KOAH'lı hastaların ölüm nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, uzun süreli oksijen tedavisi almakta olan 215 hasta incelenmiş ve bu hastaların % 38'inin akut solunum yetmezliğinden, % 13'ünün kalp yetmezliğinden, % 11'inin akciğer enfeksiyonundan, % 10'unun akciğer embolizminden, % 8'inin kardiyak aritmiden ve % 7'sinin akciğer kanserinden öldükleri belirlenmiştir (3).

KOAH'da akciğerlerde oluşan küçük hava yolu hastalığı ve parankim hasarı (amfizem) bu hastalığa özgü kronik hava akımı kısıtlanması, akciğer fonksiyonlarında ilerleyici kayıp, hava hapsi ve egzersizde oluşan ilerleyici nefes darlığına yol açmaktadır. Hastalığın doğal gelişimi bireyler arasında büyük değişkenlik göstermekte, tüm hastalarda aynı seyir izlenmemektedir. Fakat, KOAH, özellikle zararlı etkenlere maruziyet devam ettikçe, genellikle ilerleyici bir hastalıktır. Hastalık daha çok 45 yaş üstü yetişkinlerde görülmekte ve sigara içimi, biyomas yakıt dumanlarına maruziyet ve tozlu-dumanlı işyerlerinde çalışma gibi mesleki nedenler hastalık gelişiminde en önemli risk faktörleri olarak izlenmektedir. Yüksek ve orta gelirli ülkelerde tütün dumanı en büyük risk faktörü iken, düşük gelirli ülkelerde ısınmak amacıyla kullanılan biyomas yakıtları gibi iç ortam kirliliği KOAH için önemli bir risk oluşturmaktadır. Günümüzde KOAH'ın diğer yaygın görülen hastalıklar içinde sosyoekonomik eşitsizliği en iyi yansıtan hastalık olduğu ve genellikle yoksulların hastalığı olduğu anlaşılmıştır. Bu durum, hastalık gelişimine sigara dumanı dışındaki çevresel faktörlerin de katkıda bulunduğunu göstermektedir. Gerçekten klinik olarak KOAH tanısı konulan hastaların % 10'dan fazlası sigara içici değildir ve bu oran Hindistan gibi gelişmekte olan ülkelerde biyomas yakıt dumanına maruziyet nedeniyle kadınlar arasında çok daha yüksektir (4).

Fletcher ve Peto'nun 1967'de yaptıkları klasik epidemiyolojik çalışmada, KOAH'da ölüm ve sakatlığın 25-35 yaşından sonra akciğer fonksiyonlardaki hızlı azalma ile ilişkili olduğu, sigara içmeyen normal kişilerde akciğer fonksiyonlarında (FEV<sub>1</sub>) yıllık azalmanın <30 ml iken, bu değer KOAH'lı hastalarda 50-100 ml olduğu gösterilmiştir. Sigara içicilerin sadece % 10-20'sinde KOAH gelişmesi genetik veya diğer çevresel faktörlerin duyarlılıkta önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. FEV<sub>1</sub> dışında, egzersiz kapasitesi, alevlenme sıklığı ve sistemik özellikler de



hastalık prognozunda belirleyici öneme sahiptirler (5).

KOAH, tüm dünyada önemli ve giderek artan bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre 2002 yılında dünyada 5. ölüm nedeni olan KOAH, 2030 yılında 4. ölüm nedeni haline gelecektir (6). Hastalığın gelişmiş ülkelerden çok gelişmekte olan ülkelere giderek artacağı öngörülmektedir. KOAH sadece önemli bir mortalite nedeni değil, giderek artan oranlarda kronik sakatlık nedenidir. Gene DSÖ tahminlerine göre en önemli kronik sakatlık nedenleri sıralamasında KOAH 2002 yılında 11. sırada iken, 2030 yılında 7. sıraya çıkması beklenmektedir. Günümüzde 80 milyon orta-ağır şiddette KOAH'lı hastanın bulunduğu, 2005 yılında 3 milyondan fazla kişinin KOAH'dan öldüğü ve bu ölümlerin dünyadaki toplam ölümlerin % 5'ini oluşturduğu bildirilmiştir. DSÖ tarafından KOAH'dan ölümlerin % 90'dan fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği, alta yatan risk faktörlerine, özellikle tütün kullanımına karşı acil önlemler alınmadığı takdirde önümüzdeki 10 yılda hastalıktan ölümlerin % 30 artacağı öngörülmektedir. Buna ek olarak KOAH önemli ve giderek artan ekonomik ve sosyal yük oluşturmaktadır. Hastalığın tüm dünyada giderek artmasının en önemli iki nedeni, sigara içme salgınının ve toplumlarda yaşlı nüfusun artmasıdır.

KOAH'ın önemli bir küresel sağlık sorunu olduğu giderek anlaşılmasına karşın, hastalığın hekimler, araştırmacılar ve ilaç endüstrisi tarafından büyük oranda ihmal edildiği görülmektedir. Sonuçta hastalığın hücresel, moleküler ve genetik nedenleri konusunda ciddi bilgi eksiklikleri bulunmaktadır.

Günümüzde KOAH önenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Buna rağmen, KOAH yeterince bilinmeyen, yeterince tanı konulmayan, yanlış tanı konulan ve yeterince tedavi edilmeyen bir hastalıktır. ABD'de (Amerika Birleşik Devletleri) yapılan NHANES III (The National Health and Nutrition Examination Study) çalışmasında hava akımı obstrüksiyonu saptanan yetişkinlerin yüzde 70'inin KOAH tanısı almadığı bildirilmiş, bu rakamın İspanya'da yüzde 78 olduğu saptanmıştır (7,8). Bunun temel nedenleri, hekim, diğer sağlık personeli ve kamuoyunda KOAH bilinci eksikliği, tanı ve hastalığın şiddetini değerlendirmede standart kriter yokluğu, spirometrenin tanısal test olarak yetersiz kullanımı, spirometrenin bulunmaması ve erken dönemde semptom yokluğudur (hafif-orta KOAH tanısında güçlüktür). Akciğer fonksiyonlarında % 50'ye ulaşan bir kayıp gerçekleştiikten sonra egzersize bağlı dispnenin ortaya çıkması ve birçok hastanın nefes darlığı ve egzersiz toleransındaki kısıtlamaya yaşlanmaya bağlaması veya öksürüklerini sigaraya ikincil doğal bir belirti olarak algılamaları tanısal süreci güçleştirmektedir. KOAH'lı hastaların yeterince tedavi edilmemesinde ise hekimlerin ve diğer sağlık görevlilerin hastalık hakkındaki yanlış inançları büyük rol oynamaktadır. KOAH'ın sigara içicilerin bilerek kendilerinin oluşturduğu bir hastalık olarak değerlendirilmesi ve alta yatan patolojik sürecin genellikle geri dönüşümsüz olduğu şeklinde algılanması hekimlerin tedavi konusunda yeterli çaba göstermesini güçleştirmektedir.

## EPİDEMİYOLOJİ

Geçmişte KOAH'ın genel kabul gören bir tanımlamasının bulunmaması, hastalığın prevalansı, morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili gerçek bilgilerin elde edilmesini güçleştirmiştir. KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve yeterince tanı konulmaması, hastalıkla ilgili raporlamanın yetersiz kalmasına yol açmıştır. Bu nedenle, sağlık personeli arasında KOAH konusundaki farkındalık, sağlık hizmetlerinin kronik hastalıklarla ilgili organizasyonu ve KOAH'la ilgili ilaçların varlığına bağlı olarak ülkeler arasında hastalık yükü ile ilgili verilerde büyük farklılıklar gözlenmiştir. Fakat 2003 yılında GOLD tarafından KOAH'ın tanısı ve şiddeti konusunda önerilen spirometrik eşiğin yaygın kabul görmesi, 2002 yılında uluslararası düzeyde KOAH'ın yükünü araştırmada standart bir yöntem geliştiren BOLD'un kurulmuş olması, KOAH'ın doğal seyrini daha iyi tanımlamaya yönelik büyük, uzun erimli kohort çalışmalarının planlanması ve GOLD'un 70'den fazla ülkede KOAH'ın önemi konusunda bilinç yaratma ve hastalık ile ilgili daha pozitif mesaj verme çabaları bu konuda önemli değişiklikler yaratmıştır (9).

KOAH'ın yükü birçok yolla değerlendirilebilir. Bunlar: mortalite, morbidite, prevalans, sakatlığa uyarlanmış yaşam yılları (DALY), maliyet ve yaşam kalitesi. Bu makalede sadece mortalite, morbidite, prevalans ve maliyet üzerine odaklanılacaktır.

**MORTALİTE**

Mortalite verileri kolaylıkla elde edilebilir olmalarına karşın, KOAH terminolojisinin farklı kullanımları, genel kabul gören tanısal standartların bulunmaması nedeniyle bu verilerin güvenilirlikleri sınırlıdır. ICD kodlamasının 1970'lerden sonra yapılan 9 ve 10. gözden geçirmelerinden sonra KOAH tanımlaması doğru bir şekilde uluslararası hastalık sınıflandırımında kullanılmaya başlanmıştır. Buna karşın KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve yeterince teşhis edilememiş olması, hala mortalite verilerinin güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemeyi sürdürmektedir (10-12). Buna ek olarak birincil ölüm nedeni olmasına karşın ölüm raporlarında KOAH genellikle katkıda bulunan neden olarak belirtilmekte veya hiç belirtilmemektedir ki bu da mortalite hızlarının olduğundan daha az gösterilmesine neden olmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastaların ölüm kayıtlarının sadece % 57'sinde KOAH'ın birincil ölüm nedeni veya ek hastalık olarak belirtildiği bildirilmiştir (14). Tüm bu sorunlara karşın, KOAH günümüzde önemli ve giderek artan ölüm nedenlerinden biridir. DSÖ'ye göre 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür ve bu ölümlerin yarısı, çoğu Çin'de olmak üzere Batı Pasifik bölgesinde gerçekleşmiştir. Gelişmiş ülkelerde KOAH ikincil ölüm sayısının ise yılda yaklaşık 300 bin civarında (tüm ölümlerin yaklaşık % 10'u) olduğu bildirilmiştir (13). DSÖ tahminlerine göre KOAH 2030 yılında en yaygın 4. ölüm nedeni haline gelecektir (Tablo 1).

**Tablo 1. Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi**

Hastalık	2002 sırası	2030 sırası
İskemik kalp hastalığı	1	1
Serebrovasküler hastalık	2	2
Alt solunum yolu enfeksiyonları	3	5
HIV/AIDS	4	3
KOAH	5	4
Perinatal durumlar	6	9
Diyare ile ilişkili hastalıklar	7	16
Tüberküloz	8	23
Trakea, bronş, akciğer kanserleri	9	6
Trafik kazaları	10	8

Son 30-40 yılda KOAH'dan ölümler giderek artmaktadır. 1965-1998 yılları arasında ABD'de erkeklerde koroner arter hastalığından ölümler % 59, inmeden ölümler % 64 ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümler % 35 azalmasına karşın, aynı dönemde KOAH'dan ölümler % 163 artmıştır (2). Kanada'da da benzer artışlar izlenmektedir. Buna karşın bazı Avrupa ülkelerinde mortalitede azalmalar başlamıştır. KOAH'la ilişkin ölümlerdeki artışta sigara içme salgınındaki artış ve toplumun, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaş yapısındaki değişiminin büyük katkısı bulunmaktadır. 2002 yılında dünyada 60 yaş üstü nüfusun oranı % 10 iken (629 milyon), bu oranın 2020 yılında % 20'ye ulaşacağı (2 milyar) beklenmektedir (15). Dünyada demografik yapıdaki değişim, sigara içme epidemisindeki değişimden daha hızlı seyretmekte ve KOAH'daki artışta daha belirleyici işlev görmektedir.

KOAH genellikle yaşlıların ve sigara içen erkeklerin hastalığı olarak algılanır. Oysa ABD'de 2000 yılında ilk kez KOAH'dan ölen kadın sayısı, erkeklerin sayısını geçmiştir. Bu durum, ABD'de kadınların sigara içme oranlarındaki artışa, daha uzun yaşamlarına ve sonuçta KOAH gelişme riskine daha fazla sahip olmalarına bağlanmaktadır (16).

Gelişmekte olan ülkelerde ise KOAH'dan ölümler hala erkekler arasında daha fazladır. Çünkü KOAH mortalite eğilimi, sigara içme epidemisini 20-30 yıl ara ile izlemektedir.

### MORBİDİTE

Morbidite ile ilgili değerlendirmede geleneksel olarak poliklinik sayıları, acil servis başvuruları, hastaneye yatışlar gibi ölçütler kullanılmaktadır. Fakat morbiditeyi değerlendirmede kullanılan ölçütler, hastane yatak sayısı, birinci-ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zinciri vb dış faktörlerden etkilenmeye eğilimli oldukları için, mortalite verilerinden daha az güvenilirlerdir. Buna rağmen, morbidite verileri sağlık hizmetlerine gereksinimi tahmin etmede yararlı olabilir (9). Son yıllarda DSÖ tarafından morbiditeyi veya hastalık yükünü değerlendirmede YLD ve DALY ölçütü kullanılmaktadır. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından KOAH önemli bir morbidite nedenidir ve önümüzdeki yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH'a ikincil YLD ve DALY'nin artması beklenmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi**

Hastalık	2002 sırası	2030 sırası
Perinatal nedenler	1	5
Alt solunum yolu enfeksiyonları	2	8
HIV/AIDS	3	1
Unipolar depresif hastalıklar	4	2
Dişare ile ilgili hastalıklar	5	12
İskemik kalp hastalıkları	6	3
Serebrovasküler hastalıklar	7	6
Yol trafik kazaları	8	4
Malarya	9	15
Tüberküloz	10	25
KOAH	11	7

### PREVALANS

KOAH prevalansını değerlendirmede birçok yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar; kişilerin verdiği bilgiye dayalı doktor tanı KOAH prevalansı, anketlerle sorgulanan solunumsal semptomların prevalansı ve spirometri ile hava akımı kısıtlanmasının varlığına dayalı prevalans (bronkodilatör testi ile birlikte veya değil). Kullanılan yöntemle bağlı olarak farklı prevalans değerleri elde edilmekte, doktor tanı KOAH'da en düşük, solunumsal semptomlarda en yüksek, spirometriye dayalı yöntemde ise bu ikisinin arasında bir değer elde edilmektedir. GOLD rehberinin yayımlandığı 2003 yılından beri KOAH tanısında spirometriye gereksinim bulunduğu yaygın kabul görmüş ve günümüzde en azından epidemiyolojik çalışmalarda bu yaklaşım altın standart haline gelmiştir.

Uluslar arası rehberler KOAH tanısı ve şiddetinin değerlendirilmesinde bronkodilatör sonrası spirometrik ölçümlerin kullanımını önermektedirler. Nitekim İsveç'te yapılan bir çalışmada bronkodilatasyon sonrası spirometri kullanımının KOAH prevalans değerlerini yüzde 27 düşürdüğü saptanmıştır (17). Kore'de yapılan bir çalışmada ise bu oran yüzde 52 olarak saptanmıştır (18). Fakat bronkodilatör sonrası spirometrik referans değerlerinin henüz geliştirilmemiş olması ciddi bir sorundur. Bu konuda yapılan bir çalışmada, FEV<sub>1</sub> ve FVC'nin yaşla azaldığı ve boy ile arttığı, bronkodilatör sonrası FEV<sub>1</sub>/FVC'de normalin alt sınırının (LLN) her iki cinsiyette de % 70'in üstünde olduğu, bronkodilatör sonrası

referans eşitliğini bronkodilatör öncesi eşitlikle karşılaştırıldığında daha yüksek beklenen FEV<sub>1</sub> ve FEV<sub>1</sub>/FVC değerleri elde edildiği bildirilmiştir (19). Bu veriler, bronkodilatör sonrası referans eşitliğinin kullanılmasının, yanlış olarak belirlenen yüksek beklenen FEV<sub>1</sub> kullanımını ve böylece hastalık şiddetinin olduğundan az değerlendirimini önleyebileceğini göstermektedir.

KOAH tanısında hangi spirometrik ölçütün kullanılacağı konusu günümüzde henüz çözümlenememiştir. Hava akımı obstrüksiyonunu tanımlayacak genel kabul görmüş bir ölçütün henüz bulunmamış oluşu, KOAH'la ilgili prevalans çalışmalarında büyük güçlük yaratmaktadır. Nitekim, 2001 yılında GOLD tarafından pratik nedenlerle önerilen ve daha sonra ATS/ERS tarafında da kabul edilen sabit oran ölçütünün (FEV<sub>1</sub>/FVC < % 70), FEV<sub>1</sub>/FVC'nin yaşla azalması nedeniyle yaşlı nüfusta KOAH prevalansını olduğundan fazla, genç nüfusta ise olduğundan düşük gösterdiği bildirilmiştir (20,21). 2005'de ATS/ERS tarafından hava akımı obstrüksiyonu için eşik değer olarak sabit oran yerine istatistiki olarak daha uygun bir metod olan Normalin Alt Sınırı (LLN: beklenen değer % 5 persantil altında bulunan değer) kullanımı önerilmiş ve bu öneri birçok çalışma tarafından da desteklenmiştir (22,23). 2006 yılında yayınlanan GOLD rehberinde ise, post bronkodilatör FEV<sub>1</sub>'i kullanan referans denklemlerine ve LLN kullanımının geçerliliğini araştırarak longitudinal çalışmalara acil gereksinim olduğu ve bu yapılabildiği kadar sabit oranın kullanımı önerilmiştir (2).

KOAH prevalansı ile ilgili çalışmalarda, örneklem yöntemi, cevaplama oranı, spirometrik testlerin kalite kontrolü ve bu testlerin bronkodilatör öncesi veya sonrası yapılması gibi faktörler sonuçları etkilemektedir. Bu çalışmaların toplum tabanlı yapılmaması, düşük yanıt oranları, bronkodilatör testi sonrası spirometrik ölçüm yapılmaması sonuçların güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyecektir.

1990-2001 yılları arasında yayınlanan toplum tabanlı 32 prevalans çalışmasının meta-analizinde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının % 9-10 olduğu bildirilmiştir (24). Son yıllarda yapılan iki uluslar arası çalışma bu konuda daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki, Güney Amerika'nın beş kentinde yapılan PLATINO çalışmasıdır (25). Diğeri ise BOLD girişimi tarafından şimdiye kadar 18 ülkede yapılan çalışmalardır (26). KOAH prevalansını ve hastalığın sosyal ve ekonomik yükünü ölçmek amacıyla standart metodların kullanıldığı bu çalışmalarda, sabit oran ölçütü (FEV<sub>1</sub>/FVC < % 70) kullanıldığında KOAH prevalansının % 20'ler düzeyinde olduğu, hastalığın yaşla ve sigara içme yoğunluğu ile ilişkili olarak arttığı, gelişmiş ülkelerde sigara içme yaygınlığı ile ilişkili olarak erkek ve kadınlarda benzer prevalans değerlerinin elde edildiği, fakat gelişmekte olan ülkelerde hastalığın erkeklerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir.

### **Ekonomik Yük**

KOAH'a ikincil doğrudan (tanı ve tedavi harcamaları) ve dolaylı maliyetler (sakatlığın ekonomik sonuçları, kaybedilen iş, erken ölüm, hastalık nedeniyle yapılan aile harcamaları) oldukça yüksek düzeydedir. Gelişmiş ülkelerde KOAH alevlenmelerinin maliyeti sağlık bütçesi içinde önemli bir yere sahiptir. Avrupa Birliği ülkelerinde solunum hastalıklarına ikincil toplam doğrudan maliyetin toplam sağlık hizmeti bütçesinin % 6'sını oluşturduğu, KOAH'a ikincil harcamaların da bu maliyetin % 56'sının nedeni olduğu (38.6 milyar euro) bildirilmiştir (27). 2002 verilerine göre ABD'de KOAH'a ikincil doğrudan maliyet 18 milyar dolar, dolaylı maliyet ise 14.1 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Hastalık şiddeti arttıkça neden olduğu maliyetler de artmaktadır (2).

### **Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi**

Sigara içme alışkanlığı ve iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörlerinin oldukça yaygın olduğu Türkiye'de, KOAH'ın yüküne yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır (28). Sağlık Bakanlığı hastalık kodlamasında son yıllara kadar kronik bronşit ve amfizemin yer almasına karşın KOAH yer almaması, bakanlık istatistiklerinden KOAH morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili bilgi edinilmesini olanaksız kılmaktadır. 1976'da Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı yüzde 13.6 (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) olarak bildirilmiştir (29). Ankara'nın kırsal alanında spirometre kullanılarak yapılan bu çalışmada örneklem yöntemi ve KOAH tanısı için kullanılan spirometrik ölçüt bilinmemektedir. Bir Orta Anadolu ili olan Kayseri'nin kırsal bölgesinde 20 yaş üstü nüfusta ECRHS (European Community Respiratory Health Study) anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada ise kronik bronşit

prevalansı yüzde 13.5 olarak (erkeklerde %17.8, kadınlarda %10) bulunmuştur (30). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1965-1997 yılları arasında kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarıyla ülkede bulunan tüm hastanelerden taburcu edilen hastaların sayısında 3.1 kat artış (100 bin nüfusta 65.9'dan 202.9'a) ve bu hastalar arasında ölümlerde 5.1 kat artış (100 binde 0.46'dan 2.33'e) izlenmiştir. 1997 yılı verilerine göre Türkiye'nin tüm hastanelerinden 127 bin hasta kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarıyla taburcu edilmiştir (31). Son beş yılda yapılan iki çalışma, ülkemizde KOAH'ın yüküne yönelik önemli verilerin elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki Sağlık Bakanlığınca yürütülen Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasıdır, ikincisi ise Adana ilinde yapılan BOLD-Türkiye çalışmasıdır.

Sağlık Bakanlığınca Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Study) metodu kullanarak Türkiye'de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen çalışmada, en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH'ın üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (Tablo 3)(32,33). Bu çalışmada KOAH, önde gelen hastalık yükü (DALY) nedenleri içinde 8. sırada yer almaktadır (Tablo 4). Gene aynı çalışmada tütün kullanımının KOAH'a ikincil ölümlerin % 51.4'ünden sorumlu olduğu bildirilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 3. Ölüme neden olan ilk 10 hastalığın ölüm sayısı ve toplam içindeki yüzde dağılımı (Türkiye, 2004)**

Ölüm Nedenleri	Ölüm sayısı	Toplamdaki yüzdesi
1. İskemik kalp hastalığı	93260	21.7
2. Serebrovasküler hastalık	64780	15.0
3. KOAH	25104	5.8
4. Perinatal nedenler	24756	4.8
5. Alt solunum yolu enfeksiyonları	18225	4.2
6. Hipertansif kalp hastalığı	12805	3.0
7. Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	11586	2.7
8. Diyabetes Mellitus	9548	2.2
9. Trafik kazaları	8395	2.0
10. İnflamatuvar kalp hastalığı	7992	1.9

**Tablo 4. Hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk 10 hastalık (Türkiye, 2004)**

Hastalıklar	Toplam DALY içindeki yüzdesi
1. Perinatal nedenler	8.9
2. İskemik kalp hastalığı	8.0
3. Serebrovasküler hastalık	5.9
4. Unipolar depresif hastalıklar	3.9
5. Alt solunum yolu enfeksiyonları	3.8
6. Konjenital anomaliler	3.0
7. Osteoartrit	2.9
8. KOAH	2.8
9. Trafik kazaları	2.4
10. Demir eksikliği anemisi	2.1

**Tablo 5. Tütün kullanma durumuna atfedilebilir hastalık yükünün ve ölüm sayılarının hastalıklara göre dağılımı (Türkiye, 2004)**

Hastalık	Atfedilebilir ölüm	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY içindeki atfedilebilir DALY oranı
Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	10510	107075	112634	1.0
Üst GİS kanserleri	1340	15593	16469	0.2
Diğer kanserler	3341	43163	45883	0.4
KOAH	12902	72689	150406	1.4
Diğer solunum hastalıkları	2105	33387	58377	0.5
Kardiyovasküler hastalıklar	21317	274770	321237	3.0
Seçilmiş diğer medikal nedenler	3185	50006	226953	2.1
Tüm nedenler	54669	596684	931909	8.6

BOLD metodolojisi kullanılarak Adana ilinde 2004 Ocak ayı içinde yapılan prevalans çalışmasında, bu ildeki 40 yaş üstü yetişkinlerde sabit oran ölçütü kullanıldığında KOAH prevalansının % 19.1 olduğu saptanmıştır (34). Değişik ölçütlere göre Adana ilindeki KOAH prevalansı Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Adana İlinde 40+ yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı (%) (BOLD-Türkiye Çalışması, 2004)**

Ölçüt	Erkek	Kadın	Toplam
Sabit oran (pbFEV <sub>1</sub> /FVC < % 70)	28.5	10.3	19.1
GOLD Stage II+ (pbFEV <sub>1</sub> /FVC < % 70 ve FEV <sub>1</sub> < % 80 (beklenenin))	15.4	6.0	10.5
LLN (pbFEV <sub>1</sub> /FVC < LLN FEV <sub>1</sub> /FVC)	19.8	9.1	14.3

pb: bronkodilatör sonrası

#### KOAH'DA RİSK FAKTÖRLERİ

KOAH genellikle sigara dumanı ve diğer risk faktörlerine duyarlılıkta büyük farklılığa neden olan genetik faktörlerle çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Nitekim benzer sigara içme öyküsüne sahip iki kişiden sadece birinde KOAH gelişebilmesi, hastalığa genetik eğilimdeki farklılıklara veya onların ne kadar uzun yaşadıklarına bağlıdır. KOAH gelişiminde rol oynayan risk faktörleri karmaşık bir şekilde birbirleriyle ilişkilidir ve bu

ilişkilerin anlaşılabilmesi için daha çok çalışmaya gereksinim bulunmaktadır (2). KOAH gelişimi ile ilgili risk faktörleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. KOAH 'da risk faktörleri**

Genler
Partiküllere maruziyet
Tütün dumanı
Mesleki tozlar, organik ve inorganik
İç ortam hava kirliliği
Dış ortam hava kirliliği
Akciğerin büyümesi ve gelişmesi
Oksidatif stres
Cinsiyet
Yaş
Solunumsal enfeksiyonlar
Sosyoekonomik durum
Beslenme
Ek hastalıklar

#### **Genler**

KOAH'da ailevi birikim olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır, fakat aktif ve pasif sigara içiminin ve potansiyel karıştırıcıların bağımsız etkilerini ayırtetmede güçlük bulunmaktadır. Son zamanlarda değişik genetik faktörlerin KOAH gelişimi ile ilişkili bireysel riski artırabileceği veya azaltabileceğini gösterilmiştir. En iyi belgelenen genetik risk faktörü alfa-1 antitripsinin (AAT) ağır kalıtsal eksikliğidir. Fakat AAT eksikliği yaygın değildir ve tüm KOAH'lı hastaların sadece küçük bir kısmını (% 1-3) açıklayabilir. Genetik epidemiyoloji çalışmaları KOAH'ın bir poligenik hastalık olduğunu ve gen-çevre etkileşiminin klasik bir örneği olduğunu göstermektedir (2,10). Değişik çalışmalarda vitamin D bağlayan protein geni, kistik fibrozis transmembran düzenleyici gen, ABO kan grubu, alfa-1 antikimotripsin, mikrozomal epoksid hidrolaz, TNF-alfa, matriks metalloproteinaz genlerindeki polimorfik değişikliklerin KOAH'la ilişkili olduğu bildirilmiştir. Fakat değişik çalışmalardan elde edilen sonuçlar arasında gelişmeler bulunmaktadır ve KOAH gelişimini etkileyen fonksiyonel genetik değişiklikler AAT dışında tam olarak belirlenmemiştir.

#### **Aktif ve çevresel tütün dumanı**

Sigara içimi KOAH gelişiminde en önemli çevresel risk faktörüdür. Sigara içicilerin ancak % 20'ye yakın kısmında klinik olarak anlamlı KOAH gelişmektedir. Sigara içicilerde, içmeyenlere göre solunumsal semptomlar ve akciğer fonksiyon anormallikleri daha yaygındır. FEV<sub>1</sub>'deki yıllık azalma hızı daha büyüktür. KOAH mortalite hızı daha fazladır (35). Pipo ve puro içicilerde de içmeyenlere göre KOAH morbidite ve mortalite oranları daha yüksektir, fakat bu oranlar sigara içicilere göre daha düşüktür. Sigara içmeyenlerin çevresel tütün dumanı ile karşılaşmasının KOAH riskini artırdığını gösteren çalışmalar yayınlanmıştır. Bu etkinin akciğerin inhale edilen toplam partikül ve gaz yükünü artırarak gerçekleştiğine inanılmaktadır. Gebelik döneminde sigara içimi intrauterin akciğer büyümesini ve gelişmesini ve muhtemelen immün sistemin gelişimini etkileyerek fetüs için risk oluşturabilir.

### **Mesleki toz ve kimyasallar**

KOAH gelişiminde temel risk faktörü sigara içimi olmakla birlikte, sigara içicilerdeki KOAH'ın % 15-19'u mesleki maruziyete bağlanabilir (36). Yaşam boyu sigara içmeyenlerde bu oran % 30'lara yükselmektedir (2). Genellikle toz veya dumana maruziyetin bulunduğu birçok iş kolunun (kömür tozu, silika, kadmiyum, hayvan yemi ve toz, duman veya eriticilere maruziyetin bulunduğu diğer meslekler) KOAH gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

### **İç ortam hava kirliliği**

Isınmak veya yemek pişirmek amacıyla iyi havalanmamış evlerde odun, tezek, kurutulmuş bitki atıkları ve kömürün açık ateş şeklinde veya iyi çalışmayan sobalarda kullanılması çok yüksek düzeylerde iç ortam kirliliğine neden olabilir(2, 37). İç ortam hava kirliliğinin özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlarda KOAH için önemli bir risk faktörü olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Tüm dünyada yaklaşık 3 milyar kişi evlerinde biyomas yakıt ve kömür kullanmaktadır. Bu toplumlarda iç ortam hava kirliliği, kalabalık şehirlerde araba egzozlarından salınan partül ve SO<sub>2</sub>'e göre KOAH gelişimi için daha büyük risk oluşturur. Ortadoğu, Afrika ve Asya'da sigara içmeyen kadınlarda gözlenen yüksek KOAH prevalansından yemek pişirme amacıyla kadınlar tarafından kullanılan biyomas yakıtlar sorumludur. Odun ve diğer biyomas yakıtların kullanımına bağlı oluşan iç ortam hava kirliliğinin her yıl 2 milyon kadın ve çocuğun ölümünden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (2). Buna karşın kentlerdeki yüksek düzeydeki dış ortam hava kirliliği kalp-akciğer hastalığına sahip kişiler için zararlı olmakla birlikte, dış ortam hava kirliliğinin KOAH gelişimindeki rolü belirgin değildir. Fakat şehirlerde araba egzozlarından salınan gazların solunum fonksiyonlarında bozulma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

### **Akciğer büyüme ve gelişimi**

Akciğer büyümesi, gebelik, doğum ve çocukluk dönemi ile ilişkili bir süreçtir. Bu süreci etkileyen olaylar, akciğerlerin maksimal büyümesini olumsuz yönde etkilerler ve ulaşılmaması gereken maksimal akciğer fonksiyonu düzeyine ulaşamayan bireyler KOAH gelişimi için artmış riske sahiptirler (10). Annenin sigara içimi, beslenme, genetik eğilim, doğum ağırlığı, aktif ve pasif sigara içimi, bronşiyal hiperreaktivite, atopi, eozinofili, yoksulluk gibi faktörler akciğer gelişimini etkileyebilir.

### **Cinsiyet**

Cinsiyetin KOAH gelişimindeki rolü konusunda çelişkili bilgiler bulunmaktadır (38). Geçmişte KOAH prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmesine karşın, son çalışmalarda gelişmiş ülkelerde KOAH mortalite verileri kadın ve erkeklerde eşitlenmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde kadınlar arasında sigara içenlerin oranının artması, düşük gelirli ülkelerde ise kadınların iç ortam kirliliğine maruziyette daha büyük risk altında olmaları hastalığın erkek ve kadınları benzer oranlarda etkilemesinden sorumlu görünmektedir. Sigara dumanı ve diğer çevresel risk faktörlerine kadınların daha duyarlı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte, bu konuda yayımlanan çalışmalarda tutarlılık bulunmamaktadır.

### **Enfeksiyonlar**

Akut bakteriyel veya viral enfeksiyonlar KOAH'lı hastalarda hava akımı kısıtlamasında geçici azalmalara neden olabilir. Fletcher ve arkadaşları bu alevlenmelerin FEV<sub>1</sub>'deki azalma hızını etkilemediğini ve sonuç olarak yetişkinlerde KOAH'ın özel bir nedeni olmadığını bildirmişlerdir. Fakat çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonların yetişkin dönemde KOAH gelişimi ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır, fakat bu ilişkinin nedensel olup olmadığı netleşmemiştir (10). Mevcut kanıtlar akciğer fonksiyonlarındaki bozulmanın, bu enfeksiyonlara ikincil olmaktan çok, çocukluk döneminde solunum yolu enfeksiyonlarındaki artmaya neden olduğunu düşündürmektedir.



### Sosyoekonomik durum

Sosyoekonomik durumun KOAH gelişimine etkisini araştırmada güçlük bulunmaktadır. Çünkü düşük sosyoekonomik düzeyle KOAH'ın diğer risk faktörleri, özellikle sigara içimi, beslenme, mesleki faktörler ve iç-dış ortam hava kirliliği, yakından ilişkilidir. Fakat sosyoekonomik durumun diğer risk faktörlerine göre düzeltilmiş etkisini araştıran çalışmalarda genellikle toplam gelire ölçülen düşük sosyoekonomik durumun bağımsız olarak KOAH için bir risk faktörü olduğu ve düşük sosyoekonomik gruplarda akciğer fonksiyonlarının düşük olmaya eğilimli olduğu bildirilmiştir (39). Avrupa ülkelerinde yapılan son bir çalışmada düşük eğitim düzeyindeki erkek ve kadınlarda KOAH mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (40). Fakat tüm bu çalışmalarda karıştırıcı faktörlerin rolünün tümüyle ortadan kaldırılmasında büyük güçlükler bulunmaktadır.

### Beslenme

Beslenmenin KOAH gelişimindeki rolü konusunda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir (2). Buna karşın malnütrisyon ve kilo kaybının solunum kas kitlesinde ve gücünde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Deneysel hayvanlarında yapılan çalışmalar açlığın ve anabolik/katabolik durumun amfizem gelişimi ile ilişkili olduğu raporlanmıştır.

### Kaynaklar

1. Celi BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004; 23: 932-946
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2006. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
3. Zielinski J, MacNee W, Wedzicha J et al. Causes of death in patients with COPD and chronic respiratory failure. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997; 52: 43-47
4. Smith KR. National burden of disease in India from indoor pollution. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97: 13286-13293
5. Celi BR, Cote CG, Martin JM et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Eng J Med* 2004; 350: 1005-1012
6. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3: e442
7. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, Lydick E. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1683-1689
8. Pena VS, Miravittis M, Gabriel R et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. *Chest* 2000; 118: 981-989
9. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB et al. Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2006; 27: 188-207
10. Annesi-Maesano I. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Mon* 2006; 38: 41-70
11. Mannino DM, Holguin F. Epidemiology and global impact of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine: COPD Update* 2006; 1: 114-120
12. Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration* 2001; 68: 4-19
13. World Health Organization. World Health Report 2004: Changing History. Geneva, World Health Organization, 2004.
14. Hansell AL, Walk JA, Soriano JB. What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple case coding analysis. *Eur Respir J* 2003; 22: 809-814
15. World Health Organization. 2003 Tobacco World Atlas. [www.who.int/tobacco/statistics/tobacco\\_atlas/en/](http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/) Date last accepted July 20, 2007
16. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States 1971-2000. *MMWR Surveill Summ* 2002; 51: 1-16
17. Johannessen A, Omenaas ER, Bakke PS, Gulsvik A. Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. *Thorax* 2005; 60: 842-847
18. Kim SJ, Suk MH, Choi HMA et al. The local prevalence of COPD by post-bronchodilator GOLD criteria in Korea. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10: 1393-1398
19. Johannessen A, Lehmann S, Omenaas ER et al. Post-bronchodilator spirometry reference values in adults and implications for disease management. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1316-1325

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

20. Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM, Ellingsen I, Bakke PS, Murkve O. Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. *Eur Respir J* 2002; 20: 1117-1122
21. Hnizdo E, Glindmeyer HW, Petsonk EL, Enright P, Buist AS. Case definitions for chronic obstructive pulmonary disease. *COPD* 2006 ;3: 95-100.
22. Roberts SD, Farber MO, Knox KS et al. FEV<sub>1</sub>/FVC ratio of 70% misclassifies patients with obstruction at the extremes of age. *Chest* 2006; 130: 200-206
23. Hansen JE, Sun XG, Wasserman K. Spirometric criteria for airway obstruction. Use percentage of FEV<sub>1</sub>/FVC ratio below the fifth percentile, Not <70%. *Chest* 2007; 131: 349-355
24. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav A, Buist AS, Manino DM. Global burden of COPD: systemic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 2006; 28: 523-532
25. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (The PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366: 1875-1881
26. Buist AS, Vollmer WM, Sullivan SD et al. The Burden of Obstructive Lung Disease Initiative (BOLD): Rationale and Design. *COPD* 2005; 2: 227-283
27. European Respiratory Society. *European Lung White Book*. Huddersfield, European Respiratory Society Journals Ltd; 2003
28. Kocabas A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: epidemiyoloji ve dogal gelişim. In: Umut S, Erdinç E (edit): *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. Toraks Derneği Toraks Kitapları serisi No: 2, Ankara 2000. pp: 8-25
29. Baykal Y. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı üzerinde epidemiyolojik bir araştırma. *Tüberküloz ve Toraks* 1976; 24: 3-18
30. Çetinkaya F, Gülmez İ, Aydın T, Öztürk Y, Özemi M, Demir R. Prevalence of chronic bronchitis and associated risk factors in a rural area of Kayseri, Central Anatolia. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000; 55: 189-193
31. Sağlık İstatistikleri 1964-1994. Sağlık Bakanlığı APK Dairesi yayınları. Ankara 1995.
32. Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. *Turkey National Burden of Disease and Cost Effectiveness Study: National Household Survey 2003. Basic Findings*. Ankara, Turkey 2006
33. Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. *Turkey Burden of Disease Study 2004*. Ankara, Turkey. 2006
34. Kocabas A, Hancioglu A, Turkyilmaz S, Unalan T, Umut S, Cakir B, Vollmer W, Buist S. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Proceedings of the American Thoracic Society* 2006; 3 (Abstract Issue): A543
35. Jindal SK, Aggarwal AN, Chaudhry K et al. A multicenter study on epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease and its relationship with tobacco smoking and environmental tobacco smoke exposure. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2006; 48: 23-29
36. Oxman AD, Muir DCF, Shannon HS et al. Occupational dust exposure and chronic obstructive pulmonary disease-a systemic overview of the evidence. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 38-48
37. Ezzati M. Indoor air pollution and health in developing countries. *Lancet* 2005; 366: 104-106
38. Xu X, Weiss ST, Rijcken B, Schouten JP. Smoking, changes in smoking habits and rate of decline in FEV<sub>1</sub>: new insight into gender differences. *Eur Respir J* 1994; 76: 1056-1061
39. Prescott E, Lange P, Vestbo J. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Hearth Study. *Eur Respir J* 1999; 13: 1109-1114
40. Huisman M, Kunst AE, Bopp M et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005; 365: 493-500

## KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI VE KOMORBİDİTELER

**Doç. Dr. Esen KIYAN**

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ekstrapulmoner etkileri ve komorbiditeleri olan engellenebilir ve tedavi edilebilir sistemik bir hastalıktır. Hastalık kısmen reversibl özellik gösteren progresif hava akımı kısıtlanması ile karakterizedir. Hava akımı kısıtlanması zararlı partikül yada gazlara karşı anormal bir enflamatuvar yanıtla ilişkilidir. Kronik enflamatuvar değişiklikler proksimal ve distal hava yolunu, parankimi ve damarsal yapıları kapsamaktadır. Bu özellikleri ile KOAH giderek morbiditesi ve mortalitesi yükselen ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılı verilerine göre dünyadaki ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır ve 2020 yılında üçüncü sıraya çıkacağı tahmin edilmektedir. Hastalık yükü sıralamasında ise 2000 yılı verilerine göre 12. sırada iken 2020 de 5. sıraya yükselmesi beklenmektedir.

KOAH'm morbidite ve mortalitesini etkileyen önemli faktörler arasında KOAH'la birlikte olan komorbiditeler (eşlik eden diğer hastalıklar) yer almaktadır. Bu ek hastalıklar KOAH'da yaşam kalitesini, tedaviyi ve prognozu olumsuz etkileyebilmektedir. Benzer şekilde KOAH'm kendisi de eşlik eden hastalıkların seyrini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle KOAH ve komorbiditelerin birlikteliği son derece önemlidir. Bu yazıda kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere KOAH'daki komorbiditelerden bahsedilecektir

### KOAH ve komorbiditeler

Komorbidite "söz konusu medikal durumdan bağımsız olarak gelişen ve o duruma eşlik eden medikal sorun" olarak kabul edilmektedir. Ancak KOAH söz konusu olduğunda bu hastalığın doğası gereği birçok komorbidite altta yatan hastalığın bir sonucu olabilir. Bu nedenle KOAH'da yapılmış komorbidite çalışmalarında komorbiditeye yönelik standart bir tanımlama yapılmamıştır. Bazı çalışmalarda komorbidite KOAH'la direkt ilişkisi olup olmamasına bakılmaksızın KOAH'a eşlik eden ayrı bir hastalık olarak tanımlanırken, diğer çalışmalarda KOAH'm doğal bir parçası olarak kabul edilmeyen ayrı bir medikal durum olarak tanımlanmıştır.

KOAH hastalarının solunum yetersizliğinden öldüğü düşünülürken son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar bu hastalarda kardiyovasküler ölümlerin sık olduğunu göstermiştir. Hafif-orta şiddetteki 5800 KOAH'lı hastada 5 yıllık takipte tüm hastane yatış nedenlerinin %42-48'inin kardiyovasküler sorunlardan kaynaklandığı saptanmıştır. KOAH'lı hastaların önemli bir kısmının da kanser (özellikle akciğer kanseri: %20-33) ve solunumsal olmayan diğer başka sebeplerden (%30) dolayı öldüğü farkedilmiştir. Çalışmalarla KOAH hastalarının üçte ikisinden fazlasının bir veya daha fazla komorbiditeye sahip olduğunu saptanmıştır. Bu nedenle son yıllarda KOAH ve komorbiditeler konusuna ilgi giderek artmıştır.

**Tablo 1: KOAH'da bildirilen komorbiditeler**

<b>Solunumsal:</b> Solunum yetmezliği, astım, allerji, pnömni, pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon, rinit
<b>Kardiyovasküler:</b> İskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, aritmiler, miyokard enfarktüsü, periferik ateroskleroz, inme
<b>Malignite:</b> Akciğer kanseri, toraks maligniteleri, diğer maligniteler
<b>Endokrin:</b> Obezite, diyabet, hiperlipidemi, malnutrisyon
<b>Gastrointestinal:</b> Peptik ülser, gastroözofageal reflü
<b>Kemik problemleri:</b> kemik kırıkları, artrit, osteoporoz, eklem hastalıkları
<b>Oküler:</b> glokom, katarakt
<b>Psikiyatrik:</b> Depresyon, anksiyete
<b>Diğer:</b> Deri hastalıkları, migren, böbrek hastalığı

Bu güne kadar KOAH ile anlamlı ilişkisi olan bir çok komorbidite bildirilmiştir (Tablo 1). Bunlar arasında en sık görülenleri iskelet kası anormallikleri, hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, akciğer enfeksiyonları, kanser, gastroözofageal reflü, peptik ülser ve pulmoner damar hastalıklarıdır. Hekim tanı 2699 KOAH hastasının yaş, cinsiyet, zaman ve meslek açısından uygun kohortlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada KOAH'da artmış pnömoni, osteoporoz, solunum enfeksiyonları, miyokard enfarktüsü, kırık, ve glokom riski saptanmıştır.

Sigara içimi KOAH'daki komorbiditelerin bir çoğu için önemli bir risk faktörüdür. Kardiyovasküler komorbiditeler için önemli olan diğer bir risk faktörü de obesitedir. Ancak obesitenin KOAH ile ilişkisi yeterince araştırılmamıştır.

#### **KOAH' da komorbiditeler neden sıkır?**

1- KOAH ileri yaş hastalığıdır. Erişkinde birçok kronik hastalık da yaşla birlikte artar.

2- KOAH için en önemli risk faktörü sigaradır. KOAH da sigara içimi sistemik enflamasyona neden olarak beraberinde başka hastalıklara da yol açmaktadır. Sigara aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar ve kanser başta olmak üzere diğer birçok hastalıklar için de bir risk faktörüdür (Tablo 2).

KOAH'da komorbiditelerin sıklığı sigaraya ve yaşlanmaya bağlanmakla birlikte pek çok toplum bazlı çalışmada KOAH'ın kendisinin cinsiyet, yaş ve sigaradan bağımsız olarak kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini birkaç kat artırdığı gösterilmiştir.

#### **Tablo 2. Sigara ile ilişkili hastalıklar**

Kardiyovasküler hastalıklar (aterosklerotik vasküler hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar ve kardiyak hastalıklar)  
Kanser (üst ve alt solunum sistemi, özofagus, pankreas, mesane, mide, endometrium, lösemi)  
Akciğer hastalıkları (KOAH, astım, pnömoni, vs)  
Gastrointestinal hastalıklar (peptik ülser, reflü, kronik pankreatit, enflamatuvar bağırsak hastalıkları)  
Dermatolojik hastalıklar (psoriasis)  
Genitoüriner sistem hastalıkları (kadında fertilitide azalma, gebelikle ilişkili hastalıklar, sperm kalitesinde azalma, fetus üzerine olumsuz etkiler, benign prostat hipertrofisi, erektil disfonksiyon)  
Kemik hastalıkları (osteoporoz)  
Postmenapozal etkiler (kalça kırığı, depresyon )  
Ağız hastalıkları (tat kaybı, periodontal hastalıklar)  
Böbrek hastalıkları (glomerulonefrit)  
Göz hastalıkları (nükleer katarakt, maküler degenerasyon)  
Endokrin hastalıkları (graves hastalığı, guatr)

#### **KOAH'da komorbiditeler neden önemlidir?**

Komorbiditeler (özellikle kardiyovasküler hastalıklar) KOAH alevlenmelerine neden olurlar veya KOAH kaynaklı alevlenmelerin şiddetini artırır. KOAH alevlenmelerinin sıklığı ve şiddeti arttıkça hem KOAH'a bağlı mortalite artar hem de artan enflamasyondan dolayı komorbiditenin kontrolü güçleşir. Bir çok çalışmada KOAH'da hipertansiyon, diyabet, iskemik kalp hastalığı, malignite gibi komorbiditelerle ilişkili olarak hastane yatış sıklığının ve mortalitenin arttığı gösterilmiştir. Komorbiditeler yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek veya anksiyeteye/depresyona neden olarak da KOAH'da morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilerler. Diğer taraftan KOAH tedavisinde kullanılan ilaçlar veya KOAH'ın kontrol altında olmayışı da komorbiditeler açısından olumsuz etki yaratabilir. Komorbiditelerin varlığı KOAH'a bağlı sağlık harcamalarını artırdığı gibi KOAH nedeniyle komorbiditelerden kaynaklanan harcamalar da artmaktadır.

### **KOAH ve kardiyovasküler hastalıklar**

KOAH'lı hastalarda hastaneye yatış ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. KOAH hastalarının %20'den fazlasının KKY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Geniş popülasyonlarda yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastaların kardiyovasküler mortalite açısından 2-3 kat daha fazla risk altında oldukları ileri sürülmüştür. Kardiyovasküler ek hastalıklar hastane yatışlarının %40-50'sini, ölümlerin ise %30-50'sini oluşturmaktadırlar. Akciğer fonksiyonundaki küçük azalmalar bile ventriküler aritmileri, koroner olayları ve kardiyovasküler mortaliteyi sigaradan bağımsız olarak iki kat artırır. Bir çalışmada 200 KOAH ve 200 kontrol grubu incelenmiş ve KOAH hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, ve iki kat daha fazla kanser saptanmıştır. KOAH ve kardiyovasküler morbidite-mortalite ilişkisini gösteren epidemiyolojik kanıtlar oldukça güçlüdür. Bu kanıt diğer kardiyovasküler risk faktörleri (hipertansiyon, obesite, total kolesterol ve sigara içimi gibi) düzeltildikten sonra bile mevcuttur.

Atherosekleroz riskinin araştırıldığı bir çalışmada özellikle ileri evre (ağır ve çok ağır) KOAH hastalarında kardiyovasküler hastalıkların (OR 1.7; %95 CI 1.3-2.4) diyabetin (OR 1.6; %95 CI 1.3-2) ve hipertansiyonun (OR 1.6; %95 CI 1.4-1.9) sık olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada komorbiditeler sık hastane yatışına ve mortalitede artışa neden olmuştur. Perkütan koroner girişim yapılan koroner kalp hastalarında ve özellikle KKY ile birlikte olan akut miyokard infarktüsünde KOAH'ın varlığının prognozu olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Akciğer fonksiyonlarındaki azalma kardiyak ölümler için major risk faktörüdür. Obstrüksiyonun şiddeti arttıkça kardiyak mortalite de artmaktadır. Hafif-orta şiddetteki KOAH hastalarında FEV1 deki %10'luk azalmaların kardiyovasküler olay hızını artırdığı gösterilmiştir (kardiyovasküler mortaliteyi %28, nonfatal koroner hadiseyi %20). Sigara içmeyenlerde bile FEV1 deki hızlı düşüşler kardiyak ölüm riskini 5-10 kat artırmıştır. Aynı zamanda kardiyak olaylar da her evredeki KOAH'lı için major ölüm nedenidir. Bu ilişki her iki durumda da söz konusu olan ortak risk faktörlerinin varlığı ile, özellikle sigara içimi ile açıklanmaktadır. Bu ilişki nedeni ile KOAH tedavisi kardiyak riskleri azaltabilir. Tedavi ile egzersiz kapasitesi artırılarak kardiyak riskler ve semptomlar minimize edilebilir. KOAH'da enflamasyona yönelik tedavi de kardiyak riski azaltacaktır. FEV1 değeri düşük olanlarda ateroskleroz riski yüksektir.

Epidemiyolojik çalışmalar sigara içmeyen KOAH hastalarında da kalp hastalığı riskinin arttığını göstermiştir. Bu durumda sigara dışında başka faktörler de olmalıdır. Enflamasyon ile bu durum açıklanabilir. CRP artışı kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörüdür. KOAH enflamatuvar bir hastalıktır ve CRP değerlerinde artış vardır. Akciğerdeki enflamasyon otonomik instabilite yaratarak aritmilere neden olabilir. Akciğerde oluşan enflamatuvar sitokinler hiperkoagülasyona neden olarak trombozlara yol açabilir. Enflamasyon dolaşımında sitokinleri artırarak dolaşımdaki lökosit sayısında artışa neden olur ve neticede atheromatoz plaklarda enflamatuvar rüptür gelişir. Bu paylaşılmış risk faktörleri nedeniyle KOAH ve kardiyovasküler hastalık birlikteliği sıkır.

#### **KOAH hastalarında dikkat edilmesi gereken kardiyak risk faktörleri**

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Kolesterol
- GFR (< 60ml/dak)
- Mikroalbuminemi
- Fiziksel inaktivite
- Aile hikayesi

#### **Diğer komorbiditeler**

#### **KOAH ve diyabet**

Diyabet ve KOAH birlikteliği ile ilgili az sayıda çalışma olmasına rağmen mevcut çalışmalar diyabetin bağımsız olarak azalmış akciğer fonksiyonları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. İskandinavya'da hastaneden tabureu edilen

KOAH olgularında kötü yaşam kalitesi skorunun ve diyabetin mortalite üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir. KOAH'daki kronik enflamasyonun Tip II diyabet gelişimi için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

### **KOAH ve osteoporoz**

KOAH'daki osteoporoz gelişimi sıklıkla kortikosteroid kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Diğer risk faktörleri ise ileri yaş, sigara, vücut kitle indeksinin düşük olması ve efor kapasitesindeki azalmanın neden olduğu immobilizasyondur. Ancak KOAH'da steroid kullanımı olmadan da osteoporoz gelişme riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan birinde steroid kullanmayan KOAH'lı erkek hastalarda anlamlı düzeyde vertebral kırıklar saptanmıştır. KOAH'ın ileri yaş hastalığı olduğu ve bu yaş grubunda kırıkların komplikasyonlarının ve tedavisinin zorlukları düşünüldüğünde osteoporozu olan KOAH olgularının saptanması ve buna yönelik profilaksi başlanması son derece önemlidir.

### **KOAH ve gastroözofageal reflü (GER)**

Astımın tersine KOAH-reflü ilişkisine yönelik çalışma sayısı yeterli değildir. Bir çalışmada KOAH'da GER prevalansı %30 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada FEV1 değeri %50'nin altında olan ağır KOAH olgularında GER'in daha sık olduğu da gösterilmiştir. Yeni bir çalışmada ise GER prevalansı %62 bildirilmiştir. Ancak GER ile solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki gösterilememiştir.

KOAH'da GER'e neden olabilecek çeşitli predizpozanlar vardır. Diyafragmanın havalanma artışı nedeniyle düzleşmesi, teofilin ve B2 agonistler gibi alt özofagus sfinkterini relakse edecek ilaçların kullanımı reflü olasılığını artıran nedenlerdir.

### **KOAH ve anksiyete / depresyon**

KOAH'da anksiyete ve /veya depresyonun sıklığıyla (%47) ilgili çeşitli yayınlar vardır. Bu iki hastalığın varlığı hem atakların sıklığını hem de yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek mortalitede artışa neden olmaktadır.

### **KOAH ve peptik ülser**

KOAH'da helicobakter pilori seropozitifliği %77.8 oranında bildirilmiştir. Helikobakter pilorinin enflamatuar mediyatörleri aktive ederek KOAH gelişimine neden olabileceği düşünülmektedir.

### **KOAH ve akciğer kanseri**

KOAH ve akciğer kanseri gelişimi için en önemli risk faktörü sigaradır. Diğer taraftan KOAH sigara içiminden bağımsız olarak akciğer kanseri riskini 2-5 kat artırmaktadır. KOAH'lı hastalar sigarayı bıraksalar bile akciğer kanseri riski azalmakla birlikte devam eder. Havayolu obstruksiyonunun şiddeti ile de akciğer kanserine yakalanma riski arasında bir ilişki vardır.

### **KOAH ve metabolik sendrom**

Metabolik sendrom abdominal obesite, trigliserid yüksekliği, dislipidemi, kan basıncı yüksekliği, kan şekeri yüksekliği ve/veya insülin direnci bulguları ile tanınan kompleks bir hastalıktır. KOAH hastalarında sıklıkla metabolik sendrom bileşenlerinden bir veya daha fazlası görülür. Bunlar kısmen steroid tedavisi ve/veya azalmış fiziksel aktiviteden bağımsızdır.

Sonuç olarak KOAH'da komorbiditeler sıktır ve bunların varlığı KOAH'ın yüksek olan morbidite ve mortalitesini daha da artırmaktadır. Günümüzde uygulanan KOAH tedavisinin öncelikle semptomatik olduğu göz önüne alınırsa komorbiditeleri de hesaba katan daha kapsamlı bir yaklaşım KOAH'lı hastaların doğal seyrini değiştirmek için önemlidir.

**Kaynaklar**

- 1- Agustí AG. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: 367-70.
- 2- Casanova C, Baudet JS, Velsco MV, et al. Increased gastro-oesophageal reflux disease in patients with severe COPD. *Eur Respir J* 2004; 23: 841-5.
- 3- Fabbri LM, Luppi F, Beghe B, Rabe KF. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur Respir J* 2008; 31: 204-212.
- 4- Gallego M, Berlanga E, Larrosa J. Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Pulm Med* 2007; 14: 191-6.
- 5- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2007.
- 6- Hjalmsen A, Aasebo U, Birkeland K, et al. Impaired glucose tolerance in patients with chronic hypoxic pulmonary disease. *Diabetes Metab* 1996; 22: 37-42.
- 7- Holguin F, Folch E, Redd SC, Mannino DM. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001. *Chest* 2005; 128: 2005-2011.
- 8- Hunninghake DB. Cardiovascular disease in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: 44-9.
- 9- Ionescu AA, Schoon E. Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003; 22: 64-75.
- 10- Köktürk N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında komorbiditeler. Editörler: S. Umut, E. Erdiñç. Tanımdan tedaviye kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Galenos Yayıncılık, İstanbul, 2008; sayfa 361-73.
- 11- Litonjua AA, Lazarus R, Sparrow D, et al. Lung function in type 2 diabetes: The normative aging study. *Respir Med* 2005; 99: 1583-90.
- 12- Maltais F. Skeletal muscles in chronic airflow obstruction: why bother? *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 168: 916-17.
- 13- Marquis K, Maltais F, Duguay V, et al. The metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2005; 25: 226-32.
- 14- McEvoy CE, Ensrud KE, Bender E, et al. Association between corticosteroid use and vertebral fractures in older men with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157: 704-9.
- 15- Mokhlesi B, Moris AL, Huang CF, et al. Increased prevalence of gastro-oesophageal reflux symptoms in patients with COPD. *Chest* 2001; 119: 1043-8.
- 16- Papi A, Casoni G, Garamori G, et al. COPD increases the risk of squamous histological subtype in smokers who develop non-small cell lung carcinoma. *Thorax* 2004; 59: 679-81.
- 17- Pickup JC, Mattock MB, Chusney GD, Buri D. NIDDM as a disease of the innate immune system: Association of acute phase reactants and interleukin-6 with metabolic syndrome X. *Diabetologia* 1997; 40: 1286-92.
- 18- Rana JS, Mittleman MA, Sheikh J, et al. Chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 2004; 27: 2478-84.
- 19- Remard SI. Clinical approach to patients with chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular disease. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: 94-100.
- 20- Selvaraj CL, Gurm HS, Gupta R, et al. Chronic obstructive pulmonary disease as a predictor of mortality in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2005; 96: 756-59.
- 21- Sevenoaks MJ, Stockley RA. Chronic obstructive pulmonary disease, inflammation and co-morbidity-a common inflammatory phenotype? *Respir Med* 2006; 7: 70.
- 22- Sidney S, Sorel M, Quisenberry CP Jr, et al. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. *Chest* 2005; 128: 2068-75.
- 23- Sinn DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agustí AG. Mortality in COPD: role of comorbidities. *Eur Respir J* 2006; 28: 1245-57.
- 24- Sinn DD, Wu L, Man SF. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality: a population based study and a systemic review of the literature. *Chest* 2005; 127: 1952-9.
- 25- Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, et al. Patterns of comorbidities in newly diagnose COPD and asthma in the primary care. *Chest* 2005; 128: 2099-107.

## KOAH TEDAVİSİ

**Prof. Dr. Nurhayat YILDIRIM**

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

KOAH zararlı gaz ve partiküllere, özellikle sigara dumanına karşı oluşmuş akciğerlerde havayollarını, interstisyumu ve damar yatağını etkileyen anormal inflamatuvar cevapla karakterize sistemik bir hastalıktır. Akciğer tutulumu ilerleyici akım kısıtlanması ile karakterizedir. Ataklarla seyreder, ataklar hastalığın progresyonunu, mortaliteyi ve ağırlığını etkiler. Ekstra pulmoner tutulumun varlığı hastalığın şiddetini ve mortaliteyi etkiler. Önlenebilir ve tedavi edilebilir (1-5).

KOAH inflamatuvar bir hastalıktır, bu inflamasyonda çok sayıda hücre (epitel-endotel hücreleri, makrofajlar, nötrofiller, CD8+ ve CD4+ T lenfositleri, hatta eosinofiller, mast hücreleri), hücre ürünleri (TNF- $\alpha$ , IL-8, IL-6, TGF- $\beta$ , IFN- $\gamma$ , fibrinojen ve CRP...), oksidanlar, proteazlar rol oynamaktadır.

KOAH da ekspiratuvar akım kısıtlanmasını temelde ve başlangıçta etkileyen faktörler periferik küçük hava yollarındaki kronik obstrüktif bronşiolit ve parankimdeki destrüksiyon (alveol duvarında hava yolu açıklığını sağlayan tutamakların kaybı, amfizem) componentleridir. Hastalık ilerlediğinde küçük hava yolları yanında daha büyük hava yollarıda hastalığa katılırlar. Ağır ve çok ağır KOAH da FVC nin ilk %25 de ekspiratuvar akımların arttırılamamasına ve tepe akımından sonra ani olarak düşmesine sebep olan faktör yukarıda anlatılanlar yanında sistemik tutulumun sonucunda gelişen ekspiratuvar, (inspiratuvar) kasların itici gücünde azalmadır (1,2).

KOAH morbiditesi ve mortalitesi yüksek ve artmakta olan hastalıklardandır. Toplumda artmış ekonomik ve sosyal yük oluşturmaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) dünyada 4. ölüm nedenidir. 2020 yılında 3. ölüm nedeni olacaktır hesaplanmaktadır. Genç erişkin insanları üretimden almakta, yaşanan yıl sayısını azaltmakta, sakat bırakmakta ve topluma yük hale getirmektedir.

Günümüz rehberleri KOAH tanısında ve evrelemesinde spirometrik değerlendirmeyi öne çıkartmakta, tedavide ilaç seçimini spirometrik veriler ışığında yapmamızı önermektedir.

Spirometrede postbronkodilatör FEV1/FVC değerinin %70 den küçük olması obstrüktif bir akciğer hastalığı düşünmemiz için yeterlidir.

Postbronkodilatör FEV1  $\geq$  %80 ise hafif, %80 < FEV1  $\geq$  %50 ise orta, %50 < FEV1  $\geq$  %30 ise ağır ve FEV1 < %30 ise çok ağır KOAH tan bahsedilir. FEV1 < %50 olan olgular solunum ve kalp yetersizliği bulguları saptandığında çok ağır KOAH olgusu tanısı alır.

KOAH olgularında FRC, RV ve TLC artar. Difüzyon azalır. Hava hapsi nedeniyle alveoler volümün arttığı KOAH olgularında DLCO/VA azalır.

FEV1 < %40 tan küçük olduğu, solunum ve kalp yetersizliğinin bulgularının saptandığı olgularda AKG bakılmalıdır (1,2).

KOAH olgularında dispne, artmış mukoid sekresyonlar, atak sıklığı, eşlik eden hastalığın varlığı gibi klinik özellikler hastalarda tedaviyi farklılaştıracak fenotipik özelliklerdir. Tedaviye başlarken ve tedaviyi sürdürürken hastanın fenotipik özellikleri de dikkate alınmalıdır.

KOAH olgularının izlenmesinde FEV1 deki artış önemlidir, ancak bu değişim astım olgularında olduğu kadar belirgin değildir. Yıllık FEV1 düşüşündeki azalma izlenen bir başka faktördür ve mortalite, atak sayısı ile ilişkilidir.

## TEDAVİ

KOAH tedavisinin amacı; yakınmaları gidermek, egzersiz toleransını arttırmak, atakları engellemek ve tedavi etmek, hastalığın ilerlemesini engellemek, yaşam kalitesini arttırmak, mortaliteyi azaltmaktır.



Risk faktörlerinden uzaklaşmak, sigaranın bırakılması, tezek ile temasın önlenmesi, iç ve dış ortam kirliliğinin azaltılması, bu ortamlardan uzak kalınması KOAH tedavisinde yaşam süresini uzattığı ve hastalığın ilerlemesini yavaşlattığı ispat edilmiş en önemli yöntemdir. Hastalık mesleki nedenli ise mesleki rehabilitasyon ile kişiye yeni bir alanda çalışma şansı tanınmalıdır.

Sigara kullananlar sigarayı bırakma yönünde teşvik edilmelidir. Nikotin bağımlısı olan kişilere farmakolojik destek verilmelidir. Nikotin replasman tedavisi tek başına yada bupropion ile birlikte başarılı bir tedavi seçimidir. Vernicline, nikotinik asetilkolin reseptör agonisti, etkin, güvenli ve iyi tolere edilen sigaraya özgü yoksunluk yakınmalarını azaltan bir ilaçtır (6-8).

Bronkodilatör tedavi KOAH ile uğraşan hekimler için semptomatik tedavinin temel ögesi bronkodilatörlerdir. Beta-2 agonistler (kısa etkili: salbutamol, terbutalin, uzun etkili: formoterol, salmeterol), antikolinerjikler (kısa etkili: ipratropium, uzun etkili: tiotropium), teofilinler (kısa etkili: aminofilin, yavaş salımlı teofilinler) tek başlarına yada kombine olarak semptomların azaltılmasında ve atakların azaltılmasında etkilidirler (1.2.9).

Uzun etkili beta-2 agonistler ve antikolinerjikler daha etkilidirler, hasta uyumunu artırırlar.

Günümüz rehberleri orta, ağır ve çok ağır KOAH olgularında düzenli tek yada kombine bronkodilatör tedaviyi önermektedir (1.2). Uzun etkili bronkodilatörler semptomları, atak sayısını, hastaneye yatışları azaltır, yaşam kalitesini artırırlar. Ancak mortaliteye etkili değildirler.

KOAH patogenezinde inflamatuvar hücre ve mediatörlerinin önemi yadsınmaz. Stabil dönemde ağır ve çok ağır KOAH olgularında ataklar sıkıca (GOLD 2007: 3 yılda 3 atak) inhaler kortikosteroidler tedaviye eklenir. Inhaler kortikosteroidler atak sayısını azaltır. Yaşam kalitesini iyileştirirler. Ancak uzun etkili beta-2 agonistlerle birlikte kullanımları tek başına kullanımlarından daha etkilidir. Inhaler kortikosteroid/uzun etkili beta-2 agonist kombinasyonu tedavisi semptomları azaltır, akciğer fonksiyonlarını düzeltir, yaşam kalitesini artırır, progresyonu yavaşlatır, atakları özellikle hastaneye yatmayı ve sistemik kortikosteroid kullanmayı gerektiren atakları, mortaliteyi azaltır (10-12).

KOAH hastalığı "kronik sistemik inflamatuvar sendrom"dur. Kronik sistemik inflamatuvar sendrom: >40 yaş, >10 paket/yıl sigara içmiş, yakınmaları ve fonksiyonları ile KOAH hastalığı doğrulanmış, kronik kalp yetersizliği, metabolik sendrom (obesite, HT, hiper kolesterolemi, diyabet) ve CRP yüksekliği faktörlerinden en az 3'üne sahip olan kişilerde varlığı kabul edilen bir sendromdur.

KOAH olgularında sıklıkla birlikte görülen hastalıklar: kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı, MI, aritmi...), serobrovasküler hastalıklar, diyabet, osteoporoz, peptik ülser, alt solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni), uyku-apne sendromu ve akciğer kanseridir(13-17). KOAH hastalığı tedavi edilirken seçilecek ilaçların eşlik eden hastalıkların tedavisine olumlu katkıda bulunması önemlidir. Inhaler kortikosteroidlerin kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı kardiyoloğlar ve göğüs hastalıkları uzmanlarınca yapılan çalışmalarca desteklenmektedir (18). Hiperkolesterolemi tedavisinde kullanılan statinlerin de KOAH'da mortaliteyi azalttığı, inhaler kortikosteroid ile birlikte kullanılan statinlerin daha etkili olduğu da çalışmalarda iddia edilmektedir (19).

Orta, ağır ve çok ağır stabil KOAH olgularına rehabilitasyon uygulanmalıdır (20-21).

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) ağır, çok ağır KOAH olgularında 3-4 haftalık stabil dönemi takiben istirahat PaO<sub>2</sub><55 mmHg + SaO<sub>2</sub><%88 ise, pulmoner hipertansiyon, Htc > %55 ve, konjestif kalp yetmezliği olan olgularda istirahat PaO<sub>2</sub> 55 – 60 mm Hg + SaO<sub>2</sub>< %89 olsa dahi USOT başlanır. USOT: KOAH ta mortaliteyi azaltmakta, yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

Tüm çabalara rağmen KOAH tedavisi astımda olduğu gibi yeterince başarılı olamamaktadır. Bronş duvarı adventisyasında yeniden yapılanma (bronş ve bronşöllerin çapı daralmış ve boyu kısalmıştır), bronş düz kaslarında hipertrofi, hiperplazi, kasılabilirlikte artış, alveol duvarında, damar yatağında, parankimde destrüksiyon, solunum kaslarında yetersizlik, zayıflık, apopitozda hızlanma gibi henüz var olan ilaçların etkili olmadığı irreversible değişiklikler progresyonun sürmesine sebep olmaktadır.

### KOAH ATAĞI ve TEDAVİSİ

KOAH olgusunda var olan nefes darlığında, balgam miktarında, balgamın pürülansında artışa atak denir. Düzenli randevulu kontrolün dışında doktora kendini iyi hissetmeyerek var olan ilaçlarının yetmemesi nedeniyle başvurmayı dahi atak olarak kabul eden araştırmacılar vardır.

Yaklaşık 1/3 ünde nedenin saptanamadığı ataklarda en önemli neden infeksiyonlar ve hava kirliliğidir. Pnömoni, pnömotoraks, GÖR, konjestif kalp yetmezliği ve pulmoner emboli diğer nedenlerdir (1,2).

Hastalar atak konusunda eğitilmelidir. Yakınmaları arttığında ilk tedavilerine kendileri başlayabilmeli, sonra doktorunu bilgilendirmelidirler.

USOT kullanmayan, evde bakım olanağı olan, solunum sayısı <25/dakika, kalp atım sayısı < 110/dak, PaO<sub>2</sub>> 60 mmHg, PaCO<sub>2</sub> < 45 mmHg olan KOAH olguları evde izlenebilir. Kullandığı kısa etkili bronkodilatörün dozu artırılır, yada antikolinergik eklenir. Düzelmeyen olgularda evde kısa süreli (10-14 gün) oral (30-40 mg/gün) kortikosteroid (prednisolon, metilprednison) tedaviye eklenebilir. Pürülan balgam varlığında evde antibiotik (betalaktam /betalaktamaz, II. kuşak sefalosporin, makrolit, tüberküloz süplesi olmayan durumlarda yeni jenerasyon kinolon) başlanabilir.

USOT kullanan, uyuklama, konfüzyon, şiddetli nefes darlığı olan, solunum sayısı 25-35/dakika ve üstünde olan, PaO<sub>2</sub> <50 mmHg, PaCO<sub>2</sub>>45mmHg ve pH < 7,35 olan olgular hastaneye yatırılır.

Arter kan gazı (AKG) alındıktan sonra önce burun kanülü yada venturi maskesi ile oksijen tedavisi başlanır. 30-60 dakika içinde AKG tekrarlanır. PA akciğer grafisi, kansayımı, EKG, d-Dimer (ELİZA), CRP, mümkünse spirometrik tetkik yapılması çok yararlı olacaktır. Eşlik eden yada tetiği çeken tablo aydınlatılacaktır.

Hastanede ara parça yada nebulizatörle kısa etkili bronkodilatör (beta-2 agonist ± antikolinergik) tedavi başlanır, yada dozu artırılır. Oral, IV yada (nebul) kortikosteroid verilir (10-14 gün, 30-40 mg/gün metil prednisolon), metil ksantinler düşük dozlarda (8-12 mg/dL, yavaş uygulanmalıdır) başlanır. En sık atak nedeni infeksiyonlardır. Pürülan balgam + ateş varsa, yada PA akciğer grafisinde enfeksiyon ile uyumlu bulgular söz konusu ise antibiotik başlanır.

Uzun süreli yatağa bağımlı kalma ihtimali nedeniyle profilaktik olarak düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlanır ve klinik şüphe + laboratuvar bunu doğruluyor ise standart tedaviye geçilir.

Kalp yetersizliğinin en iyi tedavisi diüretikler ve oksijendir. ACE inhibitörleri ve kalsiyum kanal blokerleri ihtiyaç halinde verilir.

Şiddetli dispne söz konusu ise yardımcı solunum kaslarını kullanan, pH < 7,35, PaCO<sub>2</sub>> 45-50 mm Hg ise atakta NIMV uygulanır.

Hasta; nörolojik ve kardipulmoner olarak stabil değilse, sekresyonları fazlay ise, f > 35/dak , PaO<sub>2</sub> <40 mmHg, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200, pH < 7.30-7.35, PaCO<sub>2</sub>> 60 mmHg ve NIMV'na cevap vermemiş ise invazif yoğun bakım desteği alması uygun olur.

Atak süresince elektrolit ve sıvı dengesi izlenmeli, beslenme programı uygulanmalıdır.

Atakları tedavi etmek önemli. Atak esnasında hastanede hastalarımızı %11, ilk 1 yılda %40 kaybedilmektedir.

Atağın tedavisi kadar önlenmesi de önemlidir. Ataklar mortaliteye yol açtığı gibi, progresyonu hızlandırır, KOAH için yapılan toplam harcama içinde ataklara yapılan harcamalar en önemli payı oluşturur. İnhaler kortikosteroidler, influenza aşısı, pnömokok aşısı, N-asetil sistein atakları önler, ilk atağa kadar geçen süreyi uzatır, hastanede kalış süresini kısaltır, hastaneye yatmayı ve sistemik steroid gerektiren atakları azaltır (25).

#### Kaynaklar

1. Global Initiative for COPD. A collaborative project of the NHLBI, NIH and WHO. Bethesda: NIH,NHLBI;c 2007.
2. Celli BR, Mac Nee W., Standarts for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004;23:932-946.
3. Fabbri LM, Luppi F, Begre B, Rabe KF. Update in COPD 2005. Am J Respir Crit Care Med 2006;173:1056-1065.

4. Celli BR, Calverley PM, Rennard SI, Wouters EF, Agusti A, et al. Proposal for a multidimensional staging system for COPD. *Respir Med* 2005;99:1546-1554.
5. Rabe KF, Begre B, Luppi F, Fabbri LM. Update in COPD 2006. *Pulmonary and Crit Care Update 2006*;
6. Reid RD, Quinlan B, Riley DL, Pipe AL. Smoking cessation: lessons learned from clinical trial evidence. *Curr Opin Cardiol* 2007;22:280-285.
7. Dervaux A, Kanit M, Laqueille X. Efficacy of varenicline for smoking cessation. *JAMA* 2006;296:2555-2556.
8. Jonerby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:56-63.
9. Weder MM, Donohue JF. Role of bronchodilators in COPD. *Sem Respir Crit Care Med* 2005;26:221-234.
10. Kardos P, Wencker M, Glaab T, Vogelmeier C. Impact of salmeterol/fluticasone propionate versus salmeterol on exacerbations in severe COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:14149.
11. Calverley PM, Anderson JA, Celi B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in COPD. *N Engl J Med* 2007;356:775-189.
12. Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, et al. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol, or fluticasone-salmeterol for treatment of COPD: a randomised trial. *Ann Intern Med* 2007; 146:545-555.
13. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agusti A. Mortality in COPD: role of comorbidities. *Eur Respir Med* 2006;28:1245-1257.
14. Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, et al. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest* 2005;128:2099-2107.
15. Holguin F, Folch E, Redd SC, Mannino DM. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the US, 1979-2001. *Chest* 2005;128:2005-2011.
16. Agusti A, Thomas A. Neff lecture: COPD: a systemic disease. *Proc Am Thorac Soc* 2006;3:478-481.
17. Rennard SI. Inflammation in COPD: a link to systemic comorbidities. *Eur Respir J* 2007;16:105-91-97.
18. Hiart L, Ernst P, Ramoull X, Suissa S. Low-dose inhaled corticosteroids and the risk of acute MI in COPD. *Eur Respir J* 2005;25:634-639.
19. Soyseth V, Brekke PH, Smith P, Omland T. Statin use is associated with reduced mortality in COPD. *Eur Respir J* 2007;29:279-283.
20. Trooster T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. Pulmonary rehabilitation in COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;172:19-38.
21. Nici L, Donner C, Wouters E, et al. ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390-1413.
22. Granger R, Walters J, Poole PJ, et al. Injectable vaccines for preventing pneumococcal infection in patients with COPD. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD001390.
23. Steentoft J, Konradsen HB, Hilskov J, et al. Response to pneumococcal vaccine in COPD: the effect of ongoing systemic steroid treatment. *Vaccine* 2006;24:1408-1412.
24. Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CF. Influenza vaccine for patients with COPD. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001287.
25. Wedzicha JA, Seemungal TAR. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *Lancet* 2007;370:786-796.

## TÜRKİYE'DE SU KAYNAKLARI VE KULLANIMA SUNUMU

Prof. Dr. Muhsin AKBABA

ÇÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Su: Dünyanın 3/4 'ünü, insanın 2/3'ünü oluşturan, yaşamsal önemi olan bir maddedir.**

### DÜNYADA SU

Dünyadaki toplam su miktarı 1,4 milyar km<sup>3</sup> tür. Yeryüzündeki suların % 97 si okyanusları, yani bütün denizleri oluşturur tüm tatlı suların oranı % 3 tür. Tatlı Suların % 79 u buzullar (tüm suların % 2.39), % 20 si yeraltı suları (tüm suların % 0.6), % 1 i de ulaşılabilir sular (tüm suların % 0.03) 'dır.

Ulaşılabilir Sular: % 52 si göller ( tüm suların % 0.015), % 38 i yeryüzündeki nem (tüm suların % 0.010), % 8 i atmosferdeki su buharı ( tüm suların % 0.002), % 1 i canlıların organizmalarındaki sular (tüm suların % 0.0003), % 1 i nehirler ve kaynaklar ( tüm suların % 0.0003)'dir. Kullanılabilecek kaynaklar da, bu miktarın bir bölümünü oluşturur.

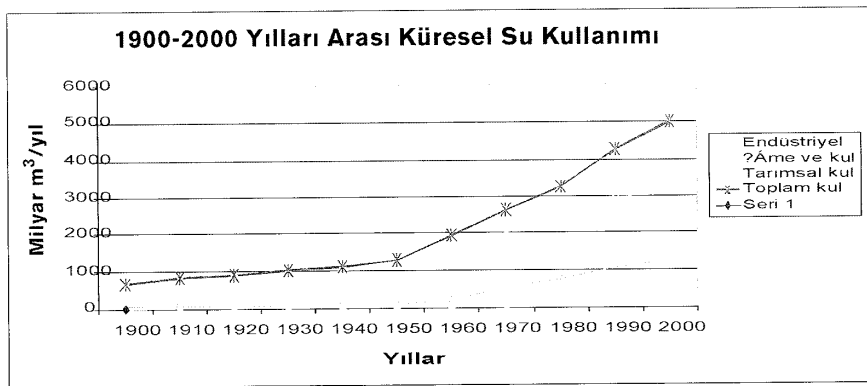
Kullanılabilecek su kaynaklarının, yeryüzünde dağılımı gözlemlendiğinde, dengesiz bir tablo ile karşı karşıya kalıyoruz. BM verilerine göre en çok nüfusa sahip Asya kıtasında su en yoğun. Avrupa'da dünya nüfusunun %6'sı yaşamakta ama suyun %8'i bulunmakta yani su yönünden fakirler. Afrika'da ise dünya nüfusunun %13'ü yaşıyor ve suyun %11'i bulunmakta ama kıta içinde düzensiz dağılımdan dolayı Afrika'nın bazı ülkelerinde su bulmak büyük sorun halindedir. Su kaynakları yönünden zengin görülen bölgelerde de kirlenme hızla ilerlemekte ve kullanılabilecek su potansiyeli azalmaktadır.

"3. Dünya Su Forumu"nda, BM kuruluşlarından olan, "Dünya Su Değerlendirme Programı" nın başkanı Gordon Young "Dünya Su Gelişme Raporu"nda, içme suyu olarak kullanılan, kirlenmiş akarsular ve yeraltı sularının, her gün onbinlerce insanın yaşamını tehdit ettiğini bildirmekte ve her yıl 200 milyon insan kirlı suya bağılı hastalıklara yakalandığını ve bunların 2,2 milyonunun da hayatlarını kaybettiklerini belirtmektedir. Bugün, 6 milyarlık dünya nüfusunun yaklaşık % 20 sinin güvenli su kaynaklarından yoksun olduğunu söylemektedir.

Ayrıca bu raporda, dünya nüfusunun 9,3 milyara ulaşması beklenen 2050 yılına gelindiğinde, iklim değişiklikleri nedeniyle, 60 ülkedeki 7 milyar insanın su kıtlığı ile karşı karşıya geleceğı belirtilmektedir.

Artan nüfus, çeşitli sektörlerde su kullanımını da arttırmaktadır. Örnek olarak, 20. yüzyılı incelediğimizde, çağın başı ile sonu arasında su kullanımında, on misli bir artış görülmektedir.

**Grafik-1: 1900–2000 Yılları Arası Küresel Su Kullanımları (Çongar)**



Grafikte de görüldüğü gibi, büyük artış tarımsal su kullanımında olmuştur.

Dünyadaki toplam su tüketiminin, çeşitli kaynaklara göre değişse de, yaklaşık % 70'i tarım sektöründe sulama, % 22'si sanayi ve % 8'i içme ve kullanma suyu amaçlı olarak kullanılmaktadır. Avrupa'da sektörler itibarıyla su kullanımı % 33 sulama, % 51 sanayi, % 16 içme ve kullanma amaçlıdır.

**Tablo- 1: Temiz ve Tath Su Kaynaklarının Sektörel Kullanımı (%) (WWF-Türkiye)**

SEKTÖR	Dünya	Gelişmiş Ülkeler	Gelişmekte Olan Ülkeler	Az Gelişmiş Ülkeler	Avrupa	Türkiye
Tarım	67-70	39	52	86	33	72 - 75
Sanayi	22- 23	46	38	7	51	10 - 12
İçme ve Kullanma	8- 10	15	10	7	16	15 - 16

Dünyadaki bu tablo, ülkemiz için de yabancı değildir. Daha küçük çapta ama hemen hemen benzer olumsuzluklarla, Trakya'da ve Anadolu'nun bazı bölgelerinde benzer sorunlarla karşı karşıya kalmaktayız.

#### **TÜRKİYE'DE SUYUN DURUMU:**

Su Kaynakları Potansiyeli: Türkiye'de yıllık ortalama yağış yaklaşık 643 mm olup, yılda ortalama 501 milyar m<sup>3</sup> suya tekabül etmektedir. Bu suyun 274 milyar m<sup>3</sup>ü toprak ve su yüzeyleri ile bitkilerden olan buharlaşmalar yoluyla atmosfere geri dönmekte, 69 milyar m<sup>3</sup> lük kısmı yeraltı suyunu beslemekte, 158 milyar m<sup>3</sup> lük kısmı ise akışa geçerek çeşitli büyüklükteki akarsular vasıtasıyla denizlere ve kapalı havzalardaki göllere boşalmaktadır. Yeraltı suyunu besleyen 69 milyar m<sup>3</sup> lük suyun 28 milyar m<sup>3</sup> ü pınarlar vasıtasıyla yerüstü suyuna tekrar katılmaktadır. Ayrıca, komşu ülkelerden ülkemize gelen yılda ortalama 7 milyar m<sup>3</sup> su bulunmaktadır. Böylece ülkemizin brüt yerüstü suyu potansiyeli 193 (158+28+7) milyar m<sup>3</sup> olmaktadır.

Yeraltı suyunu besleyen 41 milyar m<sup>3</sup> de dikkate alındığında, ülkemizin toplam yenilenebilir su potansiyeli brüt 234 milyar m<sup>3</sup> olarak hesaplanmıştır. Ancak, günümüz teknik ve ekonomik şartları çerçevesinde, çeşitli amaçlara yönelik olarak tüketilebilecek yerüstü suyu potansiyeli yurt içindeki akarsulardan 95 milyar m<sup>3</sup>, komşu ülkelerden yurdumuza gelen akarsulardan 3 milyar m<sup>3</sup> olmak üzere yılda ortalama toplam 98 milyar m<sup>3</sup>, 14 milyar m<sup>3</sup> olarak belirlenen yeraltı suyu potansiyeli ile birlikte ülkemizin tüketilebilir yerüstü ve yeraltı su potansiyeli yılda ortalama toplam 112 milyar m<sup>3</sup> olmaktadır.

Ülkemizde bugün, 2002 yılı DSİ verilerine göre, yıllık 33.90 milyar m<sup>3</sup> yerüstü suyu ve 6.23 milyar m<sup>3</sup> yeraltı suyu olmak üzere, toplam su kullanımının 40.13 milyar m<sup>3</sup>/yıl olduğu görülmektedir. Bu da ekonomik olarak kullanılabilir su potansiyelimizin (112 milyar m<sup>3</sup>/yıl), yarısından az bir kesimin kullanıldığını gösterir.

#### **Su varlığına göre ülkeler aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır;**

- Su fakiri: yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı 1 000 m<sup>3</sup>ten daha az
- Su azlığı: yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı 2 000 m<sup>3</sup>ten daha az
- Su zengini: yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı 8 000- 10 000 m<sup>3</sup> ten daha fazla

Türkiye su zengini bir ülke değildir. Kişi başına düşen yıllık su miktarına göre ülkemiz su azlığı yaşayan bir ülke konumundadır. Kişi başına düşen yıllık kullanılabilir su miktarı 1500 m<sup>3</sup> civarındadır.

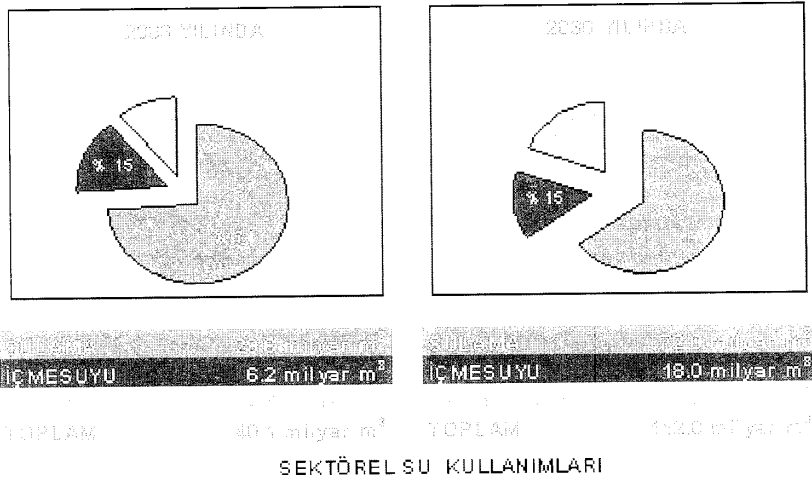
**Tablo-2: Dünyada Kişi Başına Düşen Kullanılabilir Su Miktarları (WWF-Türkiye)**

ÜLKE - KITA ORTALAMASI	KULLANILABİLİR SU MİKTARI (YILLIK, KİŞİ BAŞINA)
Suriye	1.200 m <sub>3</sub>
Lübnan	1.300 m <sub>3</sub>
Türkiye	1.430 m <sub>3</sub>
Irak	2.020 m <sub>3</sub>
Asya Ortalaması	3.000 m <sub>3</sub>
Batı Avrupa Ortalaması	5.000 m <sub>3</sub>
Afrika Ortalaması	7.000 m <sub>3</sub>
Güney Amerika Ortalaması	23.000 m <sub>3</sub>
Dünya Ortalaması	7.600 m <sub>3</sub>

Tabloda görüldüğü gibi Türkiye su fakiri ülkeler arasındadır. Ayrıca Türkiye de kişi başına kullanılan su miktarı günde 111 litre ile oldukça düşüktür.

Ülkemizdeki nüfus artışı göz önüne alındığında, 2010 yılında kişi başına düşecek su miktarı yıllık 2750 m<sup>3</sup> olarak tahmin edilmektedir. Aynı dönemde kişi başına düşecek kullanılabilir su miktarı 1300 m<sup>3</sup> olacaktır. 2030 yılında nüfusun 100 milyona ulaşması tahmin edilmekte ve kişi başına düşen 1000 m<sub>3</sub> kullanılabilir su miktarıyla, su sıkıntısı çeken bir ülke durumuna gelecektir.

**Grafik-2: Türkiye'nin Su Tüketimi (DSİ)**



Türkiye 26 adet hidrolojik havzaya bölünmüştür. Belirlenen 26 havza, 15 adedi nehir havzası, 7 adedi irili ufaklı akarsulardan oluşan müteferrik havza, 4 adedi ise, denize boşalımı olmayan kapalı havzalardan meydana gelir.

Tablo-3: Akarsu Havzalarına Göre Yıllık Ortalama Su Potansiyeli

Havza Adı	Ortalama yıllık akış (km <sup>3</sup> )	Potansiyel İştirak Oranı (%)	Ortalama yıllık verim (l/s/km <sup>2</sup> )
Fırat Havzası	31.61	17.0	8.3
Dicle Havzası	21.33	11.5	13.1
Doğu Karadeniz Havzası	14.90	8.0	19.5
Antalya Havzası	11.6	5.9	24.2
Batı Karadeniz Havzası	9.93	5.6	10.5
Batı Akdeniz Havzası	8.93	4.8	12.4
Marmara Havzası	8.83	4.5	11.0
Seyhan Havzası	8.1	4.3	12.3
Ceyhan Havzası	7.18	3.9	10.7
Kızılırmak Havzası	6.48	3.3	2.6
Sakarya Havzası	6.40	3.4	3.6
Çoruh Havzası	6.30	3.4	10.1
Yeşilirmak Havzası	5.80	3.1	5.1
Susurluk Havzası	5.43	2.9	7.2
Araş Havzası	4.63	2.5	5.3
Konya Kapalı Havzası	4.52	2.4	2.5
Büyük Menderes Havzası	3.3	01.6	3.9
Van Gölü Havzası	2.39	1.3	5.0
Kuzey Ege Havzası	2.9	1.1	07.4
Gediz Havzası	1.95	1.1	3.6
Meriç-Ergene Havzası	1.33	0.7	2.9
Küçük Menderes Havzası	1.19	0.6	5.5
Asi Havzası	1.17	0.6	3.4
Burdur Glleri Havzası	0.50	0.3	1.8
Akarçay Havzası	0.49	0.3	1.9
TOPLAM	186.05	100.0	

- Fırat nehri anakol yıllık akışı: 30.25 km<sup>3</sup> tür.

- Dicle nehri anakol akışı : 16.24 km<sup>3</sup> tür.

- Bu değerler havzaların en mansabındaki baz istasyon akışlarından elde edilmiştir

Karadeniz ve Akdeniz Havzaları ile, Fırat ve Dicle Havzalarında fazla suyumuz bulunmaktadır. Diğer akarsu havzalarında eksik suyumuz vardır.

#### Akarsular ve Gller:

Türkiye'de dağlarda bulunan küçük gllerle birlikte 120'den fazla doğal gl bulunmaktadır. En büyük ve en derin gl Van Gölü, ikinci büyük gl, İç Anadolu'daki Tuz Gölü'dr. Türkiye'de gllerin toplandığı başlıca dört bölge vardır:

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Göller Yöresi (Eğirdir, Burdur, Beyşehir ve Acıgöl), Güney Marmara (Sapanca, İznik, Ulubat, Kuş Gölleri), Van Gölü ve çevresi, Tuz Gölü ve çevresi. Doğal göller dışında Türkiye'de 591 kadar baraj gölü bulunmaktadır.

Drenaj, doğal su rejiminin bozulması (sulak alanları besleyen su kaynakları üzerine barajlar yapılması veya sistemden aşırı miktarda su alınması), kirlenme, sürdürülebilir olmayan balıkçılık ve avcılık gibi nedenlerle önemli sulak alan kayıpları yaşanmıştır.

Türkiye'de doğal yaşam ortamlarının devlet eliyle yok edilmesi ve buna olanak tanıyan yasal altyapının temelinde sıtma hastalığı yatmaktadır. Ancak 1950'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesiyle bu hastalıkla mücadelede strateji değiştirilerek, sivrisinek yerine sıtma plazmodiyumu ile savaşa başlayan Türkiye, 1960'lı yılların başlarında sınırları içindeki son sıtmalı hastayı da tedavi ettikten sonra sulak alanların peşini bırakması gerekirken, bunu yapmamıştır. Sulak alanların korunmasına imkân tanıyan Ramsar Sözleşmesi'ne 1994'te Türkiye'nin taraf olmasından sonra kurutma işlemleri yavaşlamış olsa bile bu kez de sulak alanları besleyen akarsular üzerinde yapılan barajlar drenaj benzeri sonuçlara yol açmışlardır. Türkiye'de özellikle 20. yüzyılın son yarısında en fazla tahribe uğrayan ve önemli bir kısmını tamamen kaybettiğimiz doğal yaşam ortamlarının sulak alanlar olduğu söylenebilir.

Kaybolan veya kaybolmaya yüz tutmuş, kirlenmiş sulak alanlara örnek vermek gerekirse: Seyfe; Kırşehir, Sultansazlığı; Kayseri, Amik Gölü; Hatay, Kestel Gölü; Burdur, Gavur Gölü; Kahramanmaraş, Suğla Gölü; Konya, Samsam Gölü; Konya, Akşehir Gölü; Konya, Eber Gölü; Bolvadin, Afyon, Tuz Gölü, Beyşehir Gölü, Hotamış Sazlığı; Konya, Eşmekaya Sazlığı; Konya gibi sulak alanlar günümüzde kurumak üzere ve ya aşırı kirlenmeden dolayı kullanılamaz durumdadır.

Suyun planlı kullanılması ve ileriki yıllarda susuz kalmamak için önlemler alınması gerekmektedir. Bu önlemleri kişisel ve politik olara sınıflayabiliriz.

### **Kişisel önlemler:**

- Damlayan musluklar tamir ettirilmelidir.
- Su akıtırken daha az akıtan duş başlıkları ve muslukları kullanılmalıdır.
- Dış fırçalarken musluklar kapatılmalıdır.
- Mümkün olduğunca küveti doldurmak yerine duş alarak yikanılmalıdır.
- Kısa sürede duş alınmalıdır.
- Sifon asgari çekilmelidir. (Her sifon çekildiğinde, beş günlük içme suyu kaybedilmektedir) --Bulaşık ve çamaşır makineleri tamamen doldurulmadan çalıştırılmamalıdır.
- Randımanlı su kullanan aletler tercih edilmelidir. Özellikle çamaşır ve bulaşık makinelerinin böyle olmasına dikkat edilmelidir.
- Sıcak su musluğu açıldığında suyun ısınmasını beklerken akıtılan suyun ziyan olmaması için kova doldurulup bu su gereken farklı yerlerde kullanılmalıdır (Örneğin, çiçek sulama, tuvalete dökme, balkon yıkama). Araba yıkarken kova ve sünger kullanın. Hortumla araba yıkama işlemini en aza indirilmelidir.
- Bahçelerdeki bitkiler sabah serinliğinde, buharlaşmanın minimum olduğu saatte sulanmalıdır, özellikle tarımda uygun sulama yöntemlerinin kullanılması gerekir. (damla yöntemi vb)
- Biz de boşa harcadığımız suyu kesmekle su faturalarından kolaylıkla %25 oranında tasarruf sağlamış oluruz.
- Ne kadar az su kullanırsak o kadar az depolanmış su gerekir ve o kadar az atık su oluşur.

### **Politik önlemler:**

Doğal Hayatı Koruma Derneği Türkiye kolu (WWF-Türkiye), su kaynaklarının yönetiminde Entegre Havza Yönetimi yaklaşımının benimsenmesi ve yasal mevzuatımızın da bu yapıyı destekleyecek şekilde yeniden düzenlenmesi için politika oluşturma ve proje uygulamaları düzeyinde çalışmalar yürütmektedir.



Suya "doğru" bakmak: Toplumun suya yaklaşımında ve suyu algılamasında köklü değişiklikler gereklidir. Bu çerçevede WWF-Türkiye, ülkemizin içinde bulunduğu kuraklaşma süreci hakkında kamuoyunu bilgilendirmek, "su zengini olduğumuz" algısının ve tüketim alışkanlıklarının değişmesini sağlamak amacıyla bir Su Kampanyası başlatmıştır.

Ulusal Su Yasası: Mevcut yasal ve kurumsal karmaşanın çözülmesi ve düzenlenmesi için kapsamlı ve bugünün gerçeklerine uygun bir Ulusal Su Yasası, su kaynaklarımızın gelecek nesillere aktarılması için gereklidir. Ulusal Su Yasası, aynı zamanda Avrupa Birliği uyum sürecine uygun şekilde düzenlenmelidir.

Entegre Havza Yönetimi: Toplumun temel ihtiyaç ve kullanımlarını göz önüne alarak, yüzey ve yeraltı sularının hidrolojik havza ölçeğinde miktar, kalite ve ekolojik anlamda farklı bakış açılarıyla ele alarak yönetimidir. Bu yöntem standart bir yöntem olarak benimsenmeli ve ülkemizdeki 25 su havzasının için Entegre Havza Yönetim Planları hazırlanmalıdır. Hâlihazırda WWF-Türkiye; Konya Kapalı Havzası, Doğu Karadeniz Havzası, Susurluk Havzası ve Büyük Menderes Havzası'nda suyu kullananlarla yönetenlerin bir araya getiren örnek çalışmalar yürütmektedir.

Yeraltı suyu: Kullanımı düzenlemeli ve etkin bir şekilde kontrol edilmelidir. Yeraltı su kaynakları çevresel ve nükleer etkilerden en az kirlenen su kaynağı olması nedeniyle, azami dikkatle kullanılması gereken kaynaklardır. Yalnızca Konya Kapalı Havzası'nda bulunan 50 binden fazla kuyunun en az yarısı çakaktır. Yeraltı su rezervlerini korumak ve bu rezervlerin azalmasını önlemek ulusal politika olmalıdır.

Bütün sektörlerde su tasarrufu: Devlet tarafından teşvik edilmelidir. Özellikle suyun %75'ini kullanan tarım sektöründe, su tasarrufunu sağlayacak yeni teknolojiler kullanılmalıdır. Salma sulamadan, damla ve yağmurlama sulamaya geçilmesi ve aşırı su tüketen ürünlerin değiştirilmesi teşvik edilmeli, teşvik mekanizmaları yeniden düzenlenmeli, çiftçiler bu konuda bilinçlendirilmelidir.

Ayrıca sınır aşan sularla ilgili hakkaniyete uygun kullanım açısından, gerekli tarafların görüşerek birliğe varmaları gerekmektedir. Türkiye bu amaçla Irak ve Suriye ile yaptığı görüşmelerde üç aşamalı plan ortaya koymuştur ama taraflar bu plana karşı gelmiştir. Bu planın aşamaları: Su kaynakları envanter çalışmaları yapılmalı, toprak kaynaklarının envanter çalışmalarını kapsamalı, envanter çalışmalarının sonuçları değerlendirilerek ortak sonuca varılmalıdır.

#### **Kaynaklar**

- 1- [www.dsi.gov.tr](http://www.dsi.gov.tr)
- 2- [www.wwf.org.tr](http://www.wwf.org.tr)
- 3- [www.cevreorman.gov.tr](http://www.cevreorman.gov.tr)
- 4- Prof. Dr. H.D. Altınbilek, "Türkiye'nin Su Potansiyeli ve Geliştirilmesi" Su Çalıştayı, 2004 Ankara
- 5- [www.sendika.org.tr](http://www.sendika.org.tr) Çevre Mühendisleri Odası, 2007 Su Raporu
- 6- N. Çiçek, Y. Karaaslan, V.Aslan, Dr.C. Yaman, Prof. Dr.L. Akça: "Türkiye'de AB'ye Uyumlu Su Havzası Yönetim Stratejisi Ve Su Çerçeve Direktifi", Çevre ve Orman Bakanlığı, Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü
- 7- [www.sektorler.web.tr](http://www.sektorler.web.tr)
- 8- Arç. Gör. Y. Dalkılıç, Prof. Dr. N. Harmançoğlu, "Avrupa Birliği Su Çerçeve Direktifinin Türkiye'de Uygulama Olanakları" TMMOB 2. Su Politikaları Kongresi Kitabı, sf 415
- 9- [www.dnyasugunu.org](http://www.dnyasugunu.org)
- 10- [www.kirsalcevre.org.tr](http://www.kirsalcevre.org.tr) \_Jeoloji Müh. Behiç ÇONGAR "Türkiye'nin Yeraltı suyu Kaynakları ve Su Politikaları"

## DÜNYADA KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR ve KONTROLÜ

**Prof. Dr. Meltem ÇÖL**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Çok sayıda kalp ve damar hastalığı bu tanımlama içinde yer almakta olup temel olarak; koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık (inme), romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, kardiyomyopatiler, hipertansif hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar vb. durumları içerir (1,2).

Yirminci yüzyıldan beri hızla artan kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler, tüm ölüm nedenleri içinde %30 oranını oluşturmakta ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha da artacağı bilinmektedir. 2005 yılında dünyada 17,5 milyon kişi kardiyovasküler hastalık nedeniyle ölmüş olup bunların 7,6 milyonu koroner kalp hastalığı, 5,7 milyonu ise inmeye bağlıdır. Dünyadaki tüm hastalık yükünün (DALY) de %10'u kardiyovasküler hastalıklar tarafından oluşturulmaktadır. Kalp damar hastalığı ölümlerinin %80'i düşük-orta gelirli ülkelerde oluşmaktadır ve 2015 yılında bu sayının 20 Milyonu bulacağı hesaplanmıştır (2).

Kardiyovasküler hastalıklar kişileri çoğunlukla orta yaşta etkileyerek yaşam kalitesini ve geliri azaltmakta ve çeşitli yollarla da ekonomide büyük bir kayba yol açmaktadır. Ülkelerin ekonomisinde kardiyovasküler hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan girişimler, ilaç, tıbbi harcamalar önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Örneğin Çin'de önümüzdeki 10 yıl içinde bu nedenle ulusal gelirden 558 milyar dolar kaybedileceği hesap edilmektedir(2). Dünyada her yıl 20 milyon kişi kalp krizi ve inme geçirmekte olup bunların bir kısmı pahalı klinik bakım ve uzun süreli tedavi nedeniyle ciddi ekonomik kayıplara neden olmaktadır(3).

Kardiyovasküler hastalıklar epidemiyolojisindeki gelişmeler:

Kardiyovasküler hastalıklar epidemiyolojisi ile ilgili ilk yaklaşımların Minnesota Bussiness Man çalışması ile başladığı ve bunu sonradan Framingham çalışmasının izlediği belirtilebilir. Ancel Keys'in bu çalışmalara katılımı ve katkıları çok önemlidir. 1940'larda başlangıç halinde olan fikirler, 30 yılda koroner kalp hastalığının büyük ölçüde korunabilir bir durum olarak tanımlanmasına ulaşmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar epidemiyolojisindeki iki yaklaşımdan birincisi; değişik toplumlarda kalp damar hastalığı sıklığının karşılaştırılması ve bunlarla predispozan faktörlerin ilişkisi, ikincisi ise; özellikle kohort çalışmaları ile predispozan faktörlerin belirlenmesi, kişisel riskten toplum düzeyinde risk dağılımına gididir. Gözlemsel çalışmalar belli bir noktaya ulaştığında ve ilişkili faktörlerin azaltılmasının hastalık riskinde düşme sağladığını test etmek gerektiğinde müdahale çalışmaları gündeme gelmektedir. 1960'lı yılların sonlarında gözlemsel çalışmalar risk faktörleri ve hastalık arasındaki nedensel ilişkilerin kanıtlarına ulaştığında koruyucu çalışmalar başlamıştır. Gözlemsel çalışmaların günümüzdeki ikinci adımı yeni risk faktörlerini bulmaya yöneliktir(4).

Hastalıkların coğrafi farklılıklarının olması epidemiyolojik araştırmalarda dayanak olmuştur. Keys 1950'li yılların başlarında çeşitli ülkelere pilot saha çalışmaları yürütmüş ve bu çalışmalar 1957'de "Seven Countries" çalışmasıyla sonuçlanmıştır. Keys'in serum kolesterol düzeyi ve koroner kalp hastalığı sıklığı ile coğrafi farklılıklar üzerine görüşleri kolesterol-hastalık ilişkisi açısından önemliydi. 1957'de diyetteki total yağdan sağlanan kalori oranıyla koroner kalp hastalığı arasında bir ilişki olduğunun ortaya konması ve daha sonraki yıllarda ise sature yağ asitlerinin serum kolesterolünü yükseltici, poliansature yağ asitlerinin düşürücü etkileri olduğunun belirlenmesi önemli bir adımdı. Koroner kalp hastalığı mortalite istatistikleri ve FAO'nun diyetle ilgili verileri arasında 20 ülkede bulunan korelasyonlar (poliansature yağın negatif korelasyonu hariç) tüm yağ tipleri için pozitif ve anlamlı idi. Kırk ülkeden elde edilen bulgular da koroner kalp hastalığı mortalitesi ile sature yağ asidi alımı ve diyet kolesterolü için güçlü korelasyon gösterdi. Seven countries çalışmasında da çeşitli ülkelere serum kolesterol düzeyi ile koroner kalp hastalığı arasında

yüksek korelasyon ortaya kondu(4).

Coğrafi farklılıklardaki nedenleri tam olarak bulmak için ülkeleri tek tek incelemek de önemlidir ve coğrafi farklılıkların nedenleri incelenirken major risk faktörlerinin ötesine geçmek gerekir ki bu yeni araştırmalarda önceliklidir. Ancak değişik ülkelerde koroner kalp hastalığı mortalitesindeki farkların nedenlerini anlamadaki eksikliğimize rağmen bulgular koroner kalp hastalığında mortalite değişimlerinin büyük ölçüde, bilinen ve kontrol edilebilen faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir. Üç major risk faktörü: serum kolesterolü, kan basıncı ve sigara, 1956'da belirlenmiş, zamanla daha fazla risk faktörü bulunmuştur ve "risk faktörü" terimi ilk kez 1961 Framingham çalışmasında ortaya konmuştur.

Hastalığın kontrolünde önceleri yüksek risk taşıyanları belirlemeye yönelik "yüksek risk stratejisi" benimsendi. 1960'ların sonunda ise koruma ve kontrol programlarını tüm topluma yöneltme, dolayısıyla müdahale çalışmalarının gerekliliği doğdu. Müdahale çalışmaları ile hem koroner hem total mortalite azalışı gösterildi. Koroner kalp hastalığı korunmasında kazanılan deneyimler ve alınan yol cesaret verici olup tüm kronik hastalıklarda koruma açısından bir model oluşturmaktadır. Çok sayıda kronik hastalık ortak nedenleri içerdiğinden benzer önlemler alınabilir.

Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri: Koroner kalp hastalıkları ve inmenin en önemli nedenleri: sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite, tütün kullanımı gibi değiştirilebilir risk faktörleridir. Bunların etkileri kişilerde yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri, yüksek kan lipidleri ve obezite olarak kendini gösterir. Altta yatan belirleyiciler ise sosy. al. ekonomik, kültürel değişime bağlı yansımalarıdır(1-3). Kardiyovasküler hastalıklar için 300'den fazla risk faktörü olmakla birlikte en belirleyici olanları şu şekilde sınıflanabilir.

Major-değiştirilebilir risk faktörleri: Tütün kullanımı, yüksek kan basıncı, dislipidemi (yüksek total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid, düşük HDL düzeyleri), fiziksel inaktivite, obezite, sağlıksız diyet (yetersiz sebze meyve alımı, sature yağ alımı), diyabet ve metabolik sendrom.

Diğer risk faktörleri ise: düşük sosyo-ekonomik düzey, depresyon vb. ruhsal bozukluklar, psiko-sosyal stres, alkol kullanımı, bazı ilaçlar ve lipoprotein-A'dır. Yaş, heredite, aile hikayesi, etnik yapı ve ırk gibi değiştirilemez risk faktörleri de bilinmektedir. Bunların yanı sıra homosistein\_, inflamasyonlar (CRP\_), fibrinojen\_ gibi yeni risk faktörleri de belirlenmiştir.

Dünyada ve Avrupada kardiyovasküler hastalıkların durumu: WHO 2004 Dünya Sağlık Raporu'na göre tüm ölümlerin yaklaşık %60'ı bulaşıcı olmayan hastalıklarla oluşmuştur ve bunların yarısı en başta koroner kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar olmak üzere kalp damar hastalıklarından oluşmaktadır(5). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ve bölgelere göre hastalıkların ve risk faktörlerinin sıralanışı, ölüm oranları ve DALY açısından farklılıklar göstermekle birlikte kardiyovasküler hastalıkların dünya ölçeğinde en önemli hastalıklar olduğu söylenebilir(5,6). Ülkeler epidemiyolojik geçiş sürecinde buldukları evrelere göre farklı oranlar göstermektedir. 1990'dan beri dünyada herhangi bir nedenden çok daha fazla koroner kalp hastalığı nedeniyle ölümlerin olduğu tespit edilmiştir. Bugün pek çok gelişmiş ülkede koroner kalp hastalığı azalırken gelişmekte olan ülkelerdeki artış konunun bu ülkelerde daha da hızla ve dikkatle ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve diğer bazı kuruluşlar, özellikle koroner kalp hastalığına bağlı mortalitede ülkeler arası farklılıkların ve zaman içindeki değişimin benzer olmadığına dikkat çekmişlerdir. Örneğin 1970-1992 yılları arasında orta ve doğu Avrupa ülkelerinde diğer Avrupa bölgelerine göre daha yüksek oranda kalp damar hastalığı mortalitesinin olduğu görüldü. Bu farklılıkların nedeni temel olarak risk faktörlerinin azaltılması ve tedavi ile ilgili gelişmelere bağlanmaktadır.

WHO Avrupa bölgesinde 879 milyon kişinin sağlığı zaman içinde genel olarak gelişmekle birlikte, 52 ülke arasında ve ülke içindeki gruplar arasında farkların arttığını bildirmiştir(7). 2005 Sağlık Raporunda Avrupadaki ülkeler mortalite düzeyleri göz önüne alınarak Avrupa-A, Avrupa-B ve Avrupa-C olarak 3 grupta incelenmiştir. Avrupa-A grubu: çocuk ve erişkin mortalite oranı çok düşük olan 27 ülkeyi içerirken, Avrupa-B grubu: erişkin ve çocuk mortalite oranı düşük olan 16 ülkeyi, Avrupa-C grubu ise çocuk mortalitesi düşük ancak erişkin mortalitesi yüksek 9 ülkeyi içermektedir.

2002 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar Avrupada 9.6 milyon ölümden %86'sının, 150.3 milyon DALY'den %77'sinin nedenini oluşturmuştur. Bu gruplar arasından seçilen ilk sırada gelen 10 neden (ki bunlar 9 bulaşıcı olmayan hastalık alt grubu ve trafik kazalarıdır) toplam DALY'nin %40.7'sini oluşturur. Bunlar içinde de en başta gelen 7 neden büyük ölçüde korunulabilir, temel risk faktörleri davranışsal olan ve etkili halk sağlığı müdahalelerinden sonuç alınabilecek olan nedenlerdir. İskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık bu listenin en başında yer aldığı bu 7 hastalık Avrupa bölgesinde toplam DALY'nin %33.8'ini oluşturmaktadır. (Tablo 1)

**Tablo 1: DALY yükünde başta gelen 7 nedenin payları - WHO Avrupa bölgesi – 2002**

Nedenler	Toplam DALY (%)
İskemik kalp hastalığı	10.5
Serebrovasküler hastalık	7.2
Ünipo lar depresif bozukluk	6.2
Alkol kullanım bozukluğu	3.1
Kronik pulmoner hastalık	2.3
Trafik kazaları	2.4
Akciğer kanseri	2.2
TOPLAM	33.8

Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi en başta gelen 7 risk faktörü de Avrupa bölgesinde DALY'nin yarısından fazlasından sorumludur.

**Tablo 2: DALY yükünde başta gelen 7 risk faktörünün payları - WHO Avrupa bölgesi – 2002**

Risk faktörü	Toplam DALY (%)
Yüksek kan basıncı	12.8
Tütün	12.3
Alkol	10.1
Yüksek kan kolesterolü	8.7
Şişmanlık	7.8
Yetersiz meyve sebze alımı	4.4
Fiziksel inaktivite	3.5
TOPLAM	59.6

Her risk faktörü iki veya daha fazla sayıda hastalıkla ilgili ve her hastalıkta iki veya daha fazla risk faktörü ile ilgilidir. Sonuçta risk faktörlerine yönelik müdahaleler çeşitli pozitif çıktılar sağlar. Dünya ölçeğinde gelişmiş ülkelerde bu 7 risk faktörünün hastalıklar için popülasyona atfedilen fraksiyonuna bakılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir. Bu paylar iskemik kalp hastalıklarında yüksek kan basıncı için %58, tütün için %22, kolesterol için %63, şişmanlık için %33, düşük meyve-sebze alımı için %28, fiziksel inaktivite için %22 olmuştur. Bu paylar serebrovasküler hastalıkta; yüksek kan basıncı için %72, tütün için %22, kolesterol için %27 şişmanlık için %23, düşük meyve-sebze alımı için %12, fiziksel inaktivite için %9 bulunmuştur.

DSÖ Avrupa bölgesinde toplam ölümlerin %85.8'ini, DALY'nin %76.7'sini oluşturan bulaşıcı olmayan hastalıklar grubu içinde hem mortalite hem hastalık yükü açısından en başta gelen neden kardiyovasküler hastalıklardır ve bu durum Avrupa A-B-C grubu ülkelerin hepsinde benzerdir. İskemik kalp hastalığına bağlı 100 000 de ölüm oranı Avrupa-A bölgesinde 95, Avrupa-B bölgesinde 249, Avrupa-C bölgesinde 418'dir. 1990-2002 yılları arasında ölümlerdeki değişimlere bakıldığında Avrupa-A bölgesinde %27.9 oranında düşerken, B bölgesinde %9.4, C bölgesinde %29.6 artmıştır. Artış B bölgesinde kadınlarda erkeklere göre daha fazla olmuştur. Aynı şekilde serebrovasküler hastalıklarda Avrupa-A bölgesinde sürekli düşüş gösterirken 1990-2002 arasındaki azalma %32.3 oranındadır. Avrupa-B bölgesinde ise 1990'lı yılların başlarında artmış, ancak şimdilerde düşme eğiliminde olmakla birlikte 1990-2002 arasındaki oranlar karşılaştırıldığında %7.1 oranında artış söz konusudur. Avrupa-C bölgesinde de bu sürede mortalite oranındaki artış %16.6 olup herhangi bir düşme eğilimi gözlenmemektedir(7).

Kardiyovasküler hastalıkların kontrolü için etkili yaklaşımlar: Kalp hastalığı ve inmeden erken ölümlerin en az %80'i sağlıklı diyet, düzenli fizik aktivite yaparak ve tütün kullanımından kaçınarak önenebilir(2). Kardiyovasküler hastalıkları azaltmada etkili bulunan yaklaşımlar: sağlıklı diyet için total yağlardan sağlanan enerji alımını kısıtlamak, yağ tüketimini satüre yağlardan ansatüreye çevirmek, meyve-sebze ve tahıllardan yüksek gıda alımını sağlamak (DSÖ günde 400 gr meyve-sebze alımını önermekte), rafine ürünlerden ve tuzlu şekerli gıdalardan kaçınmak, günde en az 30 dakika fizik aktivite (egzersiz, yürüme vb) yapmak, sigaradan kaçınmak ve sağlıklı vücut ağırlığını korumaktır(1). Kalp krizi ve inme geçirmiş olanlar tekrarlama ve ölüm açısından yüksek risk altındadırlar. Bu risk kolesterol düşürücü, kan basıncı düşürücü ilaçlar ve günlük aspirin alımı kombinasyonları ile azaltılabilir. Tüm kardiyovasküler hastalıklı bireylere ucuz ve etkili tedavilerin ulaştırılabilmesi, etkili tıbbi cihazların ve cerrahi prosedürlerin uygun hastalarda kullanımı yine hastalığın kontrolünde önemlidir. Kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde yüksek riskli veya yerleşmiş hastalığı olan kişilere yönelik stratejilerle tüm topluma yönelik risk azaltıcı yaklaşımları kombine etmek gereklidir(3,8). Hastalığı azaltmaya yönelik toplum bazlı müdahaleler, kapsayıcı tütün kontrol politikaları, yüksek yağ-şeker-tuz içeren yiyecek alımını azaltmaya yönelik bazı yaptırımlar, gıda endüstrisi ile işbirliği, fiziksel aktiviteyi arttırmak için yürüyüş yolları, bisiklet yolları vb. yapılması, çocuklar için okullarda sağlıklı öyünler sağlanması, ulusal programlarla hükümet desteği sağlama, medya ve ilaç sektörü ile işbirliği gibi kapsayıcı ve entegre yaklaşımları gerektirir(2).

Dünyada etkili müdahale örnekleri: İngiltere'de hükümet, gıda ve içecek endüstrisi ile işbirliği içinde gıdalardaki tuz içeriğinin en az \_ oranında azalması sağlandı. Mauritius'da kan kolesterol seviyesinde düşüş sağlanması amacıyla yemek pişirmede soya fasulyesi yağının kullanılması yaygın kampanyalarla teşvik edildi. Kore'de sivil toplum kuruluşları ve hükümet temsilcileri yerel yiyecekleri ve daha sağlıklı geleneksel pişirme yöntemlerini destekleyen medya kampanyaları düzenledi. Japonya'da hükümet tuz alımını kısıtlayan ve kan basıncı tedavisini yaygınlaştıran sağlık kampanyaları yürüttü. Finlandiya'da toplum bazlı ulusal müdahaleler kan kolesterol düzeylerinde düşme ve diğer risklerde azalma sağlayarak kalp hastalığı ve inme mortalitesini düşürdü. ABD'de 1960'ların sonunda başlayan toplumda tuz alımının azaltılması son birkaç dekadada koroner kalp hastalığından ölümlerde azalma sağladı. Yeni Zelanda'da daha sağlıklı yiyecekler için logo etiketlemeleri pek çok firmanın ürünlerini tekrar formüle etmelerine neden oldu ve işlenmiş gıdaların tuz içeriğinde azalma sağladı(3).

DSÖ kardiyovasküler hastalıklar programlarının amacı: risk faktörleri ve belirleyicilerini etkili şekilde azaltmak, maliyet etkili sağlık bakımı geliştirmek, bu hastalıkların trendini izlemeyi içeren global bir strateji geliştirmektir. Buna yönelik 6 çok merkezli araştırma projesi geliştirildi(9). İnter-Heart çalışması global bir vaka-kontrol çalışması olup 50 ülkede yürütülmektedir. Bu çalışmayla geleneksel ve yeni risk faktörlerinin önemi ortaya konmaya çalışılmaktadır. PAHO, ABD'de 1997'de başlayan, bulaşıcı olmayan hastalıklarda korunma ve kontrolüne yönelik CARMEN projesini desteklemektedir. Bu proje özellikle kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini azaltmaya yönelik aktiviteleri içermektedir. DSÖ Doğu Akdeniz bölge ofisi de pek çok ülkede risk faktörleri sürveyansı ve ulusal programlar yürütmektedir. Afrikada da kardiyovasküler hastalıklar ve diğer kronik hastalıkların hızla artışı nedeniyle durum analizleri yürütülmekte, özellikle romatizmal kalp hastalıkları kontrolü DSÖ global programında yer almaktadır(10). Güneybatı Asya bölgesinde bazı ülkelerde ulusal kampanyalar başlatılmış, Avrupa bölgesinde ise CINDI programında 27 ülkenin katıldığı, sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklanan hastalıklara yönelik bir proje yürütülmektedir. Batı

Pasifik bölgesinde de entegre yaklaşımlar gündeme alındı ve örneğin Çin'de toplum bazlı müdahaleler gerçekleştirildi.

Kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde toplum bazlı programlar 1970'li yılların başlarında ABD ve Avrupa'da başladı. Etkili müdahaleler ile Avustralya, Kanada, İngiltere ve ABD'de kalp hastalığı ölüm hızları %70 oranında azaltılmıştır. Ayrıca davranışsal müdahalelerin yararları Finlandiya, Japonya ve Singapur'da ortaya konmuştur. Finlandiya'da kalp damar hastalıklarına bağlı yüksek mortalite North Karelia projesinin başlamasına yol açmış olup bu proje sonuçları nedeniyle önemli bir örnek oluşturacak başarılar ortaya koymuştur(8). Bu projeye 25 yılı geçen sürede risk faktörlerinde büyük değişiklikler olmuş, toplumda ortalama serum kolesterolü düşmüş, yüksek kan basıncı kontrol altına alınmış, fizik aktivite artmıştır. Buna bağlı olarak koroner kalp hastalığı mortalitesi %73 oranda, tüm nedenlere bağlı mortalite ise %45 oranda azalmıştır. Analizler mortalitedeki düşüşün risk faktörlerindeki değişime bağlı olduğunu, kolesteroldeki düşüşün belirleyici faktörlerden en güçlüsü olduğunu göstermiştir(7).

Bu sonuçlara karşın Dünya ölçeğindeki bu tür toplumsal aktiviteler henüz kardiyovasküler hastalıkları istenen düzeyde azaltmak için yeterli değildir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde büyüyen tehlike için koruyucu yaklaşımlara öncelik veren, topluma yönelik, kapsayıcı ve ilgili sektörlerin desteğini içeren programlar geliştirilmesi gereklidir.

### Kaynaklar

1. WHO. Cardiovascular diseases. Strategie priorities of the WHO cardiovascular disease programme. ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/priorities/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en))
2. WHO. Cardiovascular diseases, factsheet No:317, February 2007. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs.317/en>)
3. WHO. Cardiovascular diseases; prevention and control.
4. Epstein HF. Cardiovascular disease epidemiology: A journey from the past into the future. *Circulation* 1996;93:1755-1764
5. The World Health Report 2004. WHO, Geneve
6. The World Health Report 2007. WHO, Geneve
7. The European Health Report 2005, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>)
8. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community based non-communicable disease interventions; lessons from developed countries for developing ones. *Bull WHO* 2001;79:963-70
9. The World Health Report 2002. WHO, Geneve (<http://www.who.int/region/en/index.html.PAHO>)
10. WHO/AFRO Chronic diseases. WHO Regional Office for Africa. (<http://www.afro.who.int/cdp/epidemiology.html>)

**TÜRKİYE'DE KALP HASTALIKLARI****Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Toplumların yapısal demografik yaşlanma sürecinde kronik hastalıklar kendini ön planda gösteren sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de 1927'de ilk nüfus sayımının yapılmasıyla belirlenen yaklaşık 13.5milyonluk nüfus bugün 72 milyona ulaşmıştır. 1923 den itibaren nüfusun teşvikine yönelik politika ve ekonomik koşullar etkisinde 1955-1960 yıllarında % 28.5 ile en yüksek orana ulaşan Nüfus Artış Hızı, giderek azalarak 2000-2005 de % 17.7 'e düşmüştür. Toplam Doğurganlık Hızı da benzer bir eğilim göstererek yaklaşık 7 den 2.2 ye (2003) gerilemiştir. (Tablo 1).

**Tablo 1. Yıllara göre Nüfus Artış Hızı ve Toplam Doğurganlık Hızında Değişimler**

	1927-35	1955-60	1980-85	2000-05
Nüf. Art. Hızı	21.1	28.5	21.8	17.7
Top. Doğurg. Hızı	7	6.2*	4.05	2.2

\* 1960 yılı tahmini TDH dir. 1968 yılında saptanan TDH 5.63 dür.

Yıllara göre nüfusun köy ve kentte yerleşim oranları da tersine dönmüştür. 1927'de nüfusun % 24.2 si kentte yaşarken, 1997'de bu oran % 65'e ulaşmıştır.

Cumhuriyetten bu yana nüfus piramitlerinde ve yaşlı nüfus oranlarında demografik yaşlanmaya yönelik değişim izlenmektedir.(Tablo 2)

**Tablo 2. Yıllara göre Yaşlı Nüfus Oranı ve Doğuşta Beklenen Yaşam Umudu**

	1955	1965	1985	2005
Yaşlı Nüfus Oranı	3.42	3.96	4.9	5.1
Doğuşta Yaşam Umudu	-	53.7	63.1	70.9

Yaşlı nüfus oranı 1935'de % 3.9, 1955'de % 3.4, 1985'de % 4.9 iken 2005 de % 5.1 dir. Doğuşta Beklenen Yaşam Umudu da 1965 de 53.7 yıl iken, 2005 de 71 yıla ulaşmıştır.

Bu demografik yaşlanma göstergelerindeki yavaş değişimin yanı sıra, yıllara göre ilk 10 ölüm nedeni sıralamasındaki değişim kalp hastalıklarının önem ve önceliğini ortaya koymaktadır. ( Tablo 3 ve 4)

**Tablo 3. 1935 ve 1980 de Türkiye’de ilk 10 ölüm nedeni (%)**

1935		1980	
1. Pnömoni	15.5	1. Kalp Hastalıkları	28.9
2. Kalp Hastalıkları	12.5	2. Perinatal Nedenler	11.6
3. Enterit	10.1	3. Pnömoni	8.6
4. Tüberküloz	9.3	4. Kanser	6.7
5. Perinatal nedenler	8.8	5. Serebrovasküler Hast.	5.1
6. İhtiyarlık	5.3	6. Enterit	3.8
7. Ürogenital Sistem Hast.	3.2	7. Kazalar	3.6
8. Kanser	2.9	8. Tüberküloz	1.1
9. Serebrovasküler Hast.	2.7	9. Menengokok Enfeks.	0.9
10. Diğer Enfeksiyon Hast.	2.5	10. Diyabetes Mellitus	0.7
Diğer nedenler	27.2	Diğer nedenler	29.0
TOPLAM	100.0	TOPLAM	100.0

**Tablo 4. 1997 ve 2006 yıllarında Türkiye’de ilk 10 ölüm nedeni (%)**

1997		2006	
1. Kalp Hastalıkları	43.8	1. Kalp Hastalıkları	41.5
2. Kanser	11.9	2. Kanser	14.7
3. Serebrovasküler Hast.	7.5	3. Solunum Sis. Hast.	9.2
4. Solunum Sis. Hast.	7.0	4. Serebrovasküler Hast.	7.8
5. Perinatal Nedenler	5.6	5. Enfeksiyon Hast.	2.1
6. Kazalar	3.6	6. Ürogenital Sis. Hast.	2.0
7. Enfeksiyon Hast.	3.1	7. Perinatal Nedenler	1.9
8. Diyabetes Mellitus	1.4	8. Kazalar	1.9
9. Pnömoni	1.2	9. Diyabetes Mellitus	1.6
10. Ürogenital Sis. Hast.	1.1	10. Pnömoni	0.8
Diğer Nedenler	16.9	Diğer Nedenler	16.5
TOPLAM	100.0	TOPLAM	100.0

1935’de kalp hastalıklarından ölümler ilk on ölüm nedeni arasında % 12.5 ile ikinci sırayı alırken 1980 de % 28.9 oranı ilk sıraya yerleşmekte ve izleyen yıllarda ilk sıradaki yerini korurken giderek oranını arttırmakta ve 2006 da kalp hastalıklarından ölümler tüm ölümlerin yarıya yakınına ulaşmıştır.



### KALP HASTALIKLAR SIKLIĞI

Türkiye’de yapılan genellikle bölgesel nitelikteki epidemiyolojik çalışmalarda; kalp hastalıkları görülme sıklığı farklı farklıdır . bu çalışmaların zaman, bölgesel ve metodolojik farklılıklarına dayanmaktadır. Şöyleki: 1971 yılında Ankara Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde sensus ile 15250 kişinin taranması ile yapılan araştırmada kalp hastalığı sıklığı binde 15.5 bulunmuş, 45 yaş ve üzerindeki grupta bu oran % 6.8 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada kalp hastalıkları tiplerine göre ayrıldığında, kalp hastalıklarının % 32.6 sını (binde 5.1) romatizmal kalp hastalıkları, % 24.5 unu (binde 3.8) iskemik kalp hastalıkları, % 22.5 unu ( binde 3.5) hipertansif kalp hastalıkları oluşturmaktadır. 45 yaş ve üzerinde ise iskemik kalp hastalıkları en sık görülen kalp hastalığı olarak birinci sırayı almaktadır. ( 1 )

1975 de Yaprak Sağlık Ocağı bölgesindeki 5 köyde 30 yaş ve üzeri 520 kişide yapılan taramada 1975-77 yıllarında yıllık kalp hastalığı insidansı % 6.7 bulunmuştur.(2). Ayrıca 1975-1988 arasında bu örnekleme incelenmesiyle yapılan çalışmada Koroner Arter Hastalığı prevalansının % 6.6- 15.6 arasında değiştiği saptanmıştır (3).

1990 yılından itibaren Türkiye’deki 59 yerleşim biriminde oturan 20 yaşından büyük 3689 kişinin izlendiği TEKHARF çalışmasında erişkin erkeklerde herhangi bir kalp hastalığı binde 57, koroner kalp hastalığı binde 39 oranında bulunmuş, kadınlarda herhangi bir kalp hastalığı görülme oranı binde 69 iken koroner kalp hastalığına binde 33 oranında rastlanmıştır (4). Bu çalışmanın İstanbul bölgesinde 477 kişinin tarama sonuçlarına göre, erişkin nüfusta kalp hastalığı prevalansı % 6.1, iskemik kalp hastalığı prevalansı % 4.8, hipertansif kalp hastalığı ise %0.6 bulunmuştur (5).

1997-2004 arasında Ankara Çankaya ilçesinden seçilen örneklem üzerinde 961 kişide yapılan Ankara Tıp tarama çalışmasında . 15 yaş üzeri nüfusta kalp hastalığı görülme sıklığı % 10.3, iskemik kalp hastalığı prevalansı % 6.7, kapak hastalığı sıklığı % 0.8 bulunmuştur.

### EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ:

#### Yaş ve cinsiyet:

İskemik kalp hastalıkları yaş ilerledikçe artmakta ve erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da aynı ilişki gösterilmiştir. Örneğin, Tekbaş ve ark. 1994’de GATA Kardiyoloji Kliniğine 252 kişide yaptıkları çalışmada erkeklerde koroner arter hastalığı kadınlardan 4 kat fazla görülmüş (6). Ankara Tıp çalışmasında da yaşla iskemik kalp hastalığı sıklığı artarken, 40-54 yaş arasında erkeklerde 1/10 oranında görülen iskemik kalp hastalığı kadınlarda 1/14 oranında iken, 55 yaş üzerinde ise erkeklerde % 32.6, kadınlarda % 37.3 dür.

#### Risk Faktörleri:

İskemik Kalp Hastalıklarında risk faktörleri biyolojik ve yaşam tarzı ile ilgili olan risk faktörleri olarak iki grupta ele alınmaktadır. Biyolojik olan hiperkolesterolemi, hipertansiyon, diyabet gibi risk faktörlerinin belirleyicileri de yine yaşam tarzı ve alışkanlıklarla ilişki, bir başka deyişle önlenbilir, kontrol edilebilir risk faktörleridir.

Dünyada ve ülkemizdeki risk analizlerinde sigara, fizik aktivite ve obezite, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet başlıca risk faktörleri olarak sıralanmakta ve bu risk faktörlerinin biri ve birkaçının birlikte olmasına dayanarak kişi ve toplumlarda risk analizi yapılmaktadır ve son yıllardaki çalışmalar da daha çok risk analizlerine dayanmaktadır.

#### Sigara:

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, 1971 Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığında yapılan çalışmada 30 yıldan fazla süre ile sigara içenlerde içmeyenlerden 4 kat fazla koroner arter hastalığı görüldüğü saptanmış (1). TEKHARF çalışmasında hiç sigara içmemiş 40 yaş ve üzeridekilerde koroner ölüm oranı % 3.13 iken, sigarayı bırakmış ya da içmeye devam edenlerde % 5.64 bulunmuştur (10). Tekbaş ve ark. Çalışmasında da sigara içenlerde içmeyenlere göre 5 kat fazla koroner arter hastalığı bulunmuştur (6).

#### **Hiperkolesterolemi:**

TEKHARF çalışmasında 40-69 yaşlarındaki deneklerin % 9 unda kan kolesterol düzeyinin 250 mg/dl den fazla olduğu görülmüş ve hiperkolesteroleminin kadınlarda anlamlı bir etken olduğu, 20-59 yaşındaki kadınlarda hiperkolesteroleminin 2.7 kat fazla olduğu bulunmuştur. Yine kanda trigliserit yüksekliği ve HDL kolesterol düşüklüğü koroner kalp hastalıkları için risk faktörü olarak saptanmış ve HDL kolesterol düzeyinin düşük olduğu gösterilmiştir. (10) Güzelbahçede 30 yaş üzeri 343 kişide yapılan risk faktörleri saptama çalışmasında de HDL kolesterol düzeyleri düşük bulunmuştur (18). Bu konuda çok merkezli çalışmalara gereksinim vardır.

#### **Hipertansiyon:**

1990 da yapılan kesitsel TEKHARF taramasında hipertansiyon erkeklerde 3.1 kat, kadınlarda 2.6 kat koroner hastalığı riskini arttıran faktör olarak bulunmuştur (10). Risk faktörlerini toplumda inceleyen çalışmalarda hipertansiyon oranı bir çok çalışmada nüfusun üçte biri oranında görülmektedir ve yaşla ve kadın cinsiyette artış göstermektedir. Bu nedenle hipertansiyon da ülkemizde önemli bir risk faktördür. Bornova Sağlık Grup Başkanlığında 420 kişide yapılan çalışmada da hipertansiyon ile koroner arter hastalığı görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (7) .İbni Sina Hastanesi yoğun bakım ünitesindeki 300 vakadan % 49'u da hipertansif bulunmuştur (17)

#### **Obezite , diyabet ve fizik aktivite:**

TNSA 2003 de doğurgan çağ kadınlarda BMI 30 ve üzerinde olanların prevalensi % 22.7'dir, 35 yaş üzerindeki kadınlarda bu oran % 49.2 ye yükselmektedir (15). Elazığda 35 yaş üzerindeki 332 kadında bu oran % 47.3 bulunmuştur (9). TEKHARF çalışmasında obezitede her birim indeks artışının koroner riski % 11 artırdığı gösterilmiş,diyabet prevalensi erkeklerde % 4.5, kadınlarda % 7.3'dür (10). Park Eğitim Sağlık Ocağı bölgesinde 40 yaşından büyüklerde yapılan diyabet taramasında diyabetli oranı % 13.4 bulunmuştur (16). Myokard infarktüsü geçiren kadın hastaların% 25.8inde, erkek hastaların % 14.7 sinde diyabetli ve kadınların %45.2'si erkeklerin % 19.8'i obez bulunmuştur. (17). Görüldüğü gibi, özellikle kadınlarda obezite ve abdominal obezite hipertansiyon ve diyabetle birlikte koroner risk faktörü olmaktadır. 1993 de Gölbaşı ilçe merkezinde yapılan kesitsel çalışmada, obez olanlarda angina pectoris % 29.8 oranında iken, normalde % 16.1 oranındadır (8).

Bu üç etmen birbirini etkilemekte ve beraberinde koroner arter hastalığı riski de arttırmaktadır.

#### **Sonuç:**

Görüldüğü gibi, ülkemizde iskemik kalp hastalıkları ölümlerin yarıya yakınından sorumlu olup, toplumda oldukça yaygınlık göstermektedir. Hastalığın önlenabilir risk faktörleri de toplumumuzda oldukça yaygındır. Bu nedenle bölgesel risk faktörlerinin öncelik sıralamaları ve analizleri yapılarak etkili bir kontrol programının oluşturulması ve uzun erimli sürdürülmesi elzemdir.

#### **Kaynaklar**

1. Baykan, N. Türkiye'de Kalp Hastalıkları Prevalensi Üzerine Çalışmalar. AÜTF Yayını, Sayı 329, Ankara
2. Duruk, MÇ. Yapracık Sağlık Ocağı Bölgesinde Beş Köyde Yapılan Koroner Kalp hastalığı İzleme Araştırması, Türk Toplum Hekimliği II Sempozyumu, 25-28 Haziran 1980, Silivri
3. Özcebe,H., Bilir,N. ve ark. Kırsal Alanda Koroner Damar Hastalığı Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. III Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 30 Nisan 1992-2 Mayıs 1992, Hacettepe, Ankara
4. Onat A ve ark. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması : 3. Kalp Hastalıkları Prevalensi, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, cilt 19, sayı 1, 1991
5. Onat A ve ark. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması :2. İstanbul'da Alman Sonuçlar, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, cilt 19, Sayı 1, ocak 1991
6. Tekbaş ÖF, Hamzaoğlu O..Koroner Kalp Hastalığında Bazı Risk Faktörlerinin Araştırılması, Halk sağlığı günleri (Erişkin Sağlığı), 3-7 Eylül 1995, Samsun

7. Erefe İ ve ark., Koroner Kalp Hastalığı Oluşumunda Hipertansiyonun Etkisi, III Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 30.Nisan 1992-2 Mayıs 1992, Hacettepe, Ankara
8. Aycan, S. 30 yaşı üzeri kişilerde Angina Pektoris sıklığı ve Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri Dağılımı, IV Ulusal Halk sağlığı Kongresi,12-16 Eylül 1994, Didim
9. Açık Y ve ark, The Frequency of Risk Factors for Coronary Heart Disease Among Women Aged 35 years or over in the Yenimahalle Health Center region in Elazığ, International Public Health Congress "Health in Action", Oct. 8-12.2000,İstanbul,Turkey
10. Türkiye Kalp Raporu 2000, Türk Kardiyoloji Derneği yayını, İstanbul, 2000
11. Üner,S.Türkiye Nüfusu, boyutlar,sorunlar,yorumlar, H ÜNEE, Ankara, 1984
12. HÜNEE, Türkiye'de Nüfus,Ankara,1975
13. DİE.Türkiye İstatistik Yıllığı, 2000
14. DİE,İstatistiki Göstergeler 1923-1985
15. HÜNEE, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara,Türkiye
16. Özyurda,F. Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta Diyabet Tarama Çalışması, AÜ Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 45, Sayı 2, 1992
17. Çöl,M., Özyurda F., İbni Sina Hastanesi Koroner Bakım Ünitesindeki Myokard İnfarktüsli Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri, AÜ Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 44,Sayı 2,1991
18. Aslan B., Musal B., Kırkalı G., Uçku R., Güzelbahçe Erişkinlerinde Kalp Damar Hastalığı Risk Faktörlerinin Sıklığı, Ege Tıp Dergisi, 38 (3): 163-166, 1999

## KALP SAĞLIĞI PROGRAMLARININ ETKİNLİĞİNİ İZLEMEDE KULLANILAN ÖLÇÜTLER

Doç. Dr. Sibel KALAÇA

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

*"Mass diseases require mass solutions"*  
Virchow

Pek çok ülkede, kalp hastalığı gelişme riskini azaltmak üzere çeşitli grupları hedef alan kalp sağlığı programları uygulanmaktadır. Sigara içimi, yüksek serum kolesterolü, yüksek kan basıncı, aşırı kilo, yağlı beslenme, diyabet ve hareketsiz yaşam biçimi gibi birden fazla risk faktörünü azaltmayı hedef alan bu çalışmalara çoklu risk faktörü müdahalesi adı verilmektedir (1). 1960'lı yıllarda risk faktörlerini hedef alan yaklaşımlar yüksek riskli bireylerin saptanması ve tedavi edilmesi temeline dayanmaktaydı. Bu yaklaşım bireysel düzeyde etkili olmasına, sağlık çalışanlarında ve genel olarak toplumda risk faktörlerine karşı bir duyarlılık yaratmasına karşın, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) morbiditesi ve mortalitesi üzerinde yeterince etkili olamamıştır. Böylece, risk faktörlerinin dağılımını, seçilmiş gruplarda değil toplumun tümünde değiştirmeyi amaçlayan bir yaklaşım önem kazanmıştır (2). Bugün kalp hastalığının azaltılmasına yönelik programların, hedef aldığı kitle ve uygulanan müdahale stratejileri açısından yüksek risk yaklaşımı ve tüm toplum yaklaşımı olarak adlandırılan iki temel yaklaşıma sahip olduğu görülmektedir. Yüksek risk yaklaşımı, Framingham çalışmasından elde edilen regresyon eşitliklerinin kullanılması ile risk faktör puanlaması yaparak yüksek risk altında olanların belirlenmesi ve ardından bu kişilere yönelik yoğun bir risk faktörü kontrolü yapılması temeline dayanır. Tüm toplum yaklaşımı ise, çok sayıda kişinin düşük riskle karşılaşmasının, az sayıda kişinin yüksek riskle karşılaşmasına göre daha çok hasta oluşturması temeline dayanmaktadır. Amerika'da 1973'de başlatılan Çoklu Risk Faktörü Müdahale Araştırmasından (Multiple Risk Factor Intervention Trial-MRFIT) elde edilen veriler, sınırdaki sistolik kan basıncına sahip olan grupta daha ciddi kan basıncı düzeylerine sahip olanlara göre daha fazla koroner olgusu geliştiğini göstermiştir (3). Bütün toplumdaki kümülatif risk profilini yansıtmak üzere kullanılan topluma atfedilen risk ölçütü de hesaplamaya, bir toplumda söz konusu hastalıkla ilgili olan risk faktörlerine maruz kalan kişi sayısını dahil eder.

Yüksek riskli bireylere yönelik müdahaleler bireysel düzeyde etkili olabilirken, topluma yönelik müdahaleler kardiyovasküler hastalıkların yükünü azaltmakta daha etkilidir (1). Öte yandan yüksek riskli bireylerin yaşam biçimi değişikliği yapmak konusunda daha motive olacakları da bilinmektedir. Kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin toplumdaki sıklığı yüksek olduğundan ve tüm toplumda olumlu sağlık davranışlarının edinilmesine yönelik müdahaleler risk faktörü taşımayan kişilere zarar vermeyeceğinden, kalp hastalıkları programlarında tüm toplum yaklaşımı önerilmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçları bu öneriyi destekler niteliktedir. Örneğin kardiyovasküler bir olaya yakalanma açısından %15 veya daha fazla risk altında olanların tümü etkili ilaçların kombinasyonu ile 10 yıldan fazla bir süre tedavi edilirse, KVH'nın yarısının önlenilebileceği gösterilmiştir. Buna karşın toplumsal düzeyde kan basıncı ve kolesterol ortalamasında %10-15'lik bir azalma, koroner kalp hastalığı olaylarını aynı miktarda azaltacaktır (4). Unal ve arkadaşlarının yaptığı modelleme çalışmasında, 1981-2000 yılları arasında İngiltere ve Galler'de koroner kalp hastalığı mortalitesinde görülen azalmanın yaklaşık yarısının, kalp hastalığı tanısı olmayan kişilerde üç temel risk faktöründeki azalmaya -birincil korumaya- atfedilebileceği gösterilmiştir (5). Bu iki yaklaşımın birbirinden farkını, avantaj ve dezavantajlarını bilerek, bir kalp hastalığı programında birlikte kullanmak da bir diğer yaklaşımdır. İsveç'te yürütülen Nörsjö projesinde hem genel popülasyona hem de belli risklere sahip olduğu düşünülen bireylere yönelik olarak hem birincil hem de ikincil koruma stratejileri uygulanmıştır (6). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından yürütülen Balçova'nın Kalbi projesinde de bölgede yaşayan 30 yaş üzeri tüm kadın ve erkekler müdahale kapsamına alınmış, topluma yönelik birincil önlemlerle, yüksek riskli kişilere ve hastalara yönelik ikincil önlemler planlanmıştır (7).

Kalp hastalığı programlarında farklı yaklaşımların ve/veya koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici hizmetlere göre maliyet etkililiği de tartışmalara dahil edilmesi gereken bir konu olup, aşağıdaki bölümlerde ele alınacaktır.

### Programlarının İçerik ve Süreci

Gerek tüm toplum yaklaşımı gerekse yüksek risk yaklaşımı ile yürütülen programlar, planlama, yürütme ve sonuçlarının değerlendirilmesi açısından bazı ortak yönler, güçlükler ve dikkat edilmesi gereken özellikler içerir.

Bir koruma programının etkisi değerlendirilirken programın ulaştırılması istenen sonuçlarından başka bu amaçlara ulaşmak için yapılan uğraşların niteliği de dikkate alınmalıdır. Bu nedenle programın etkinliği içerik, süreç ve sonuçlar açısından bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Eğer hazırlanan program içinde yürütülen etkinliklerin niteliği iyi ise bu, sonuçların niteliğini de artıracaktır. Sağlığın geliştirilmesi uzun dönemli bir stratejidir ve sonuçları belli bir süre geçmeden netleştirilemez. Bu nedenle programın etkinliğini artırmak için hem programın içeriği, hem süreci hem de sonuçlarına ilişkin iyi bir planlama ve izlem yapılmalıdır (8).

Öncelikle böyle bir programın uygulanabilir olup olmadığını anlamak için toplumla ilgili belli bazı özelliklerin ve yönetsel koşulların değerlendirilmesi gerekir. Programın önemi ve gerekliliği iyi tanımlanmalı, hedef grup netleştirilmeli, karar mekanizmaları, kaynaklar ve iş yönetimi planlanmalıdır. Bu tür programların önemli bir amacı da, toplumda farklı gruplar arasındaki eşitsizliklere müdahale etmektir; bu nedenle programın amacını oluşturulurken eşitsizlik konusu mutlaka dikkate alınmalıdır. Başlangıçta belirtildiği gibi hedef grup olarak bütün toplum mu, yoksa belli bir grubun mu alınacağı, bütün toplum derken ne kastedildiği ve diğer ayrıntılar önemlidir. Topluma dayalı müdahalede, genel fakat tanımlanmış bir toplum hedef grup olarak belirlenir (6). Bu noktada müdahale ve kontrol gruplarının belirlenmesi, kaynakların dağılımı, bazı kişi veya grupların müdahaleden yoksun kalması gibi kararlar, ayrıca seçilmiş gruplara yönelik müdahalenin kişileri "hasta" olarak etiketlemesi, etik ile ilgili konuları gündeme getirmektedir. Programın etkinliği ile ilgili bir başka veri de sürekliliktir. Program sona erdikten sonra etkinliklerin düzenli-organize etkinliklere dönüştürülmesi önemlidir.

Sürecin izlenmesi, programın amaçlandığı gibi uygulanıp uygulanmadığını ortaya koymak için gereklidir. Böyle bir izlemede programın gerçekleştirilen etkinlikleri, çıktılar, uygulamadaki engeller gibi konularda sistematik olarak bilgi toplanmalıdır. Süreç değerlendirmesi olmadan yalnızca programın sonuçlarına odaklanmak, özellikle de program istenilen sonuçlara ulaşmadığında önem kazanacaktır. Benzer şekilde bu bilgi, programın neden başarılı olduğuna dair açıklamalar için de gerekli olacaktır. Programın başarısı ile ilgili süreç değişkenleri arasında mesajların topluma veya hedef gruba yayılması ile ilgili iletişim ağlarının olup olmaması, mesajların kabulü veya reddi, yönetsel destek, toplumun katılımı gibi konular önem kazanmaktadır. İki İskandinav ülkesinde yürütülen kalp sağlığı programında, (North Karelia ve Norsjo çalışmaları) ABD'nde yapılan benzer çalışmalara göre risk faktörlerinde daha fazla bir düşüş olduğu gösterilmiştir. Müdahalenin tasarımı ve programın süreci ile ilgili bir değerlendirme yapıldığında, İskandinavya'daki programlarda yerel katılımın daha fazla olduğu, birinci ve ikinci basamaktan daha güçlü bir destek alındığı, ve ayrıca bireysel olarak kişilerin programa katılımın daha fazla ve daha güçlü olduğu görülmüştür (6). Program süresince yapılan araştırmalara katılım oranı da önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir: Norsjo çalışmasında kesitsel çalışmalara katılım oranı % 95, North Karelia çalışmasında birinci beş yılda % 90, ikinci beş yılda % 80, Minnesota çalışmasında ise % 60'dır (6, 9).

### Müdahale

Müdahale, hedef grubun hangi etkinliklerle, hangi yöntemlerle, nerede, kimler aracılığı ile, ne sıklıkla karşılaşacağı hakkındaki planlamayı içerir. Programın müdahalesinin ölçülmesi toplumsal müdahalenin boyutu arttıkça güçleşir. North Karelia projesinde karmaşık ve birbiri ile ilişkili pek çok müdahale gerçekleştirilmiştir: medyanın kullanımı, sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu, sağlık çalışanlarının ve halkın eğitimi gibi (10). Ebrahim ve arkadaşları 39 kalp hastalığı müdahale programının sistematik derlemesinde -ki bu çalışmalar topluma yönelik olmayıp, seçilmiş gruplara yönelik programlardır- çalışmaların niteliğini değerlendirmiş ve yayımlanan raporların çok azının kullanılan müdahalenin tekrarlanabilmesine yönelik bilgi içerdiğini göstermiştir. Yazarlar, müdahalenin niteliğini müdahalenin yoğunluk ve sıklığı, etkinliklerin kimler tarafından gerçekleştirildiği ve davranış değişikli modelinin teorik temeli ile açıklamış ve bu bilgilerin müdahalenin etkisini belirleyeceğini belirtmiştir (1). Bu derlemede 67 çalışma çeşitli nedenlerle değerlendirmeye alınmamıştır. Bu nedenlerin bazıları müdahalenin niteliği ile ilgili olup: 3 çalışma belirli bir

çoklu risk faktörü müdahalesi olmadığı için, 17 çalışma kontrol grubu önemli miktarda müdahale aldığı için, 6 çalışma da izlem süresi 6 aydan kısa olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Tablo 1’de bu sistematik derlemede yer alan bazı çalışmalarda kullanılan müdahale yöntemleri, süreleri ve hedef grupları sunulmuştur.

**Tablo 1. Sistematik derlemeye alınan bazı çalışmalara ait özellikler (Kaynak no: 1)**

Çalışma	Hedef grup	Müdahale yöntemi	Süre
Aberg	Antihipertansif ilaç kullanan 30-69 yaş arası kadın ve erkekler N=159	Gruba dayalı eğitim: yaşam biçimi değişikliği ile ilgili video gösterimi Beslenme değişikliği, stres yönetimi, artmış fiziksel aktivite, evde kan basıncı izleme	En fazla 8 oturum
Blumenthal 2000	Tedavi almayan yüksek-normal kan basıncı olan 29 yaş üzeri erkek ve kadınlar, aşırı kilolu olan ve düzenli egzersiz yapmayanlar N=79	Uzman fizyolog denetiminde egzersiz ve beslenmeyle ilgili davranış değişikliği müdahalesi	6 ay
Study Connell 1995	İşyerindeki çalışanlar 19-67 yaş arası kadın ve erkekler N= 1432	Sağlık risk değerlendirmesi, bireysel sağlık danışmanlığı, eğitim sınıfları ve kendi kendine okuma materyalleri	1 yıl
Gothenberg Study	Toplum taraması ile belirlenen yüksek riskli erkekler (47-55 yaş) N=30022	Diyet, sigara, antihipertansif ilaçlar, kolesterol düşürücü ilaçlar	11.8 yıl
MRFIT Study	İşyeri, toplum, taramaya katılan gönüllü erkekler N=12866	Diyet, sigara, kilo, antihipertansif ilaçlar	6 yıl

### Programın sonuçları/etkinliği

Bir kalp hastalığı koruma programı, müdahalenin klinik olaylara ilişkin sonuçlarını (morbidite ve mortalite gibi) ölçmeyi hedefler. Ancak sıklıkla bu mümkün olamamaktadır; diğer toplumsal değişikliklerin ters yönde çalışması, veya sağlığı geliştirme etkinliklerinin ölçülebilir etkisinin belli bir süre sonra ortaya çıkması nedeniyle. Bu durumda, davranış değişikliğine ilişkin veriler de sonuç göstergeleri olarak kullanılır. The Stanford Five-City projesinde, programın etkisinin bir göstergesi olarak çoklu kardiyovasküler hastalık risk faktörleri kullanılmıştır (11). Bu proje, kapsamlı bir toplum organizasyonunun ve sağlık eğitimi etkinliklerinin kardiyovasküler hastalık riskinde önemli bir değişiklik yapıp yapamayacağını değerlendirmek üzere planlanmış 5 yıllık, yarı deneysel bir saha çalışmasıdır. İki müdahale ve iki kontrol şehirden kişiler (12-74 yaş) araştırmaya katılmıştır; beşinci bir şehir ise yalnızca morbidite ve mortalite trendlerini görmek için araştırmaya alınmıştır. Bu çalışmada, kardiyovasküler hastalık risk faktörlerindeki değişiminin toplam bir ölçütü olarak birleşik risk faktör fonksiyonundaki değişim hesaplanmıştır. Cinsiyete özel olan bu risk fonksiyon, günde içilen sigara sayısı, toplam serum kolesterolü, ortalama diyastolik kan basıncı ve nabız (yalnızca erkeklerde) değerlerinin birleşiminden oluşmaktadır (12). Finlandiya’da 1972-82 yılları arasında yapılmış olan North Karelia çalışmasında ise programın etkinliği 5. ve 10. yıllarda hem müdahale grubunda hem de kontrol grubunda yapılan kesitsel çalışmalardan elde edilen “risk faktörü evren ortalaması” değişimleri ile gösterilmiştir. Dört risk faktörünün ortalamaları -sigara içme, serum kolesterol düzeyi, sistolik ve diyastolik kan basıncı- bölgeye, zamana, cinsiyete ve yaşa göre karşılaştırılmıştır. Ortalamalardaki değişimin önemlilik testi için dört yönlü varyans analizi kullanılmıştır (9)

Bu çalışmada mevcut ulusal veri sistemi kullanılmış, özel olarak da ölüm sertifikaları ve hastalık sigortası harcamaları değerlendirilmiştir. North Karelia'da KVH sigortası harcamalarında, kontrol bölgesine oranla net bir düşüş olması, programın etkinliğine ilişkin bir kanıt olarak gösterilmiştir. Ancak ayrıntılı bir inceleme, araştırma süresince hem müdahale hem de kontrol bölgesinde, bütün hastalık sigortası harcamalarında ve dolayısıyla KVH'da da bir artış olduğunu; ancak North Karelia'daki artışın biraz daha az olduğunu göstermiştir. Bu nedenle söz konusu kanıt, programın KVH morbiditesi veya mortalitesi üzerine olan etkisi için ikna edici bulunmamıştır. Bu çalışmanın risk faktörlerindeki değişime ilişkin sonuçları daha ikna edicidir (10).

Ebrahim ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede ise 39 çalışmadan 10'u müdahalenin etkisi olarak klinik olay verisi sunmaktadır. Bu 10 çalışmada Pooled OR toplam ve KVH mortalitesi için sırasıyla 0.96 (% 95 güven aralığı 0.92-1.01) ve 0.96 (% 95 GA 0.89-1.04) olarak bulunmuştur (1). Yalnızca dört çalışma, toplam veya KVH mortalitesindeki anlamlı değişimi göstermek üzere yeterli güce sahip bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Derlemeye alınan diğer çalışmalarda sonuç değişkeni olarak sistolik ve diastolik kan basıncı ile serum kolesterolündeki net değişim (kontrol grubu – müdahale grubu farkı) kullanılmıştır. Daha yeni çalışmalar sonuç göstergesi olarak olarak kan basıncı, serum kolesterolü, fiziksel aktivite, diyet, diyabet kontrolü ve kilo azalmasına odaklanmıştır. Derleme için yapılan üç değerlendirmede gözden geçirilen çalışmaların 11'i sonuç göstergesi olarak sigarayı almıştır: son dönemde yapılan çalışmalarda ise sigaranın bırakılmasını ölçüt alan yalnızca 3 çalışmada bulunmuştur.

Sonuç göstergesi olarak klinik olaylara ait sonuçlarla (morbidite ve mortalite değişikliği) risk faktörlerine ilişkin sonuçların (risk faktörlerinde azalma) karşılaştırılması:

Yapılacak bir müdahaleye ilişkin karar, müdahalenin risklerine, maliyetine ve etkisine göre belirlenir. Bu üç temel özellik ile ilgili belirsizlikler veya sonuçların yorumlanmasını güçleştiren metodolojik sorunlar olduğunda karar vermek daha da zorlaşacaktır. Kalp hastalıkları programlarında sonucun hangi gösterge ile ölçüleceğine ilişkin metodolojik sorunlar önemli bir tartışma konusu olmaktadır.

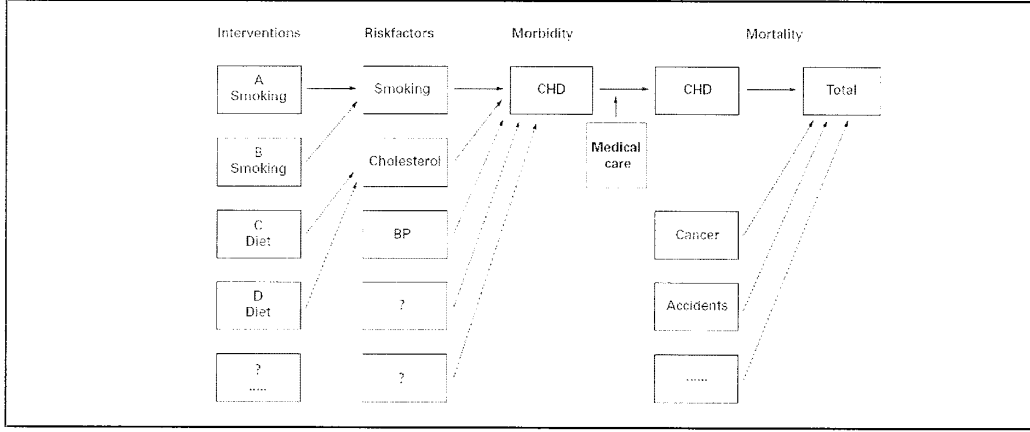
Temel sorunlardan birisi topluma dayalı müdahale programlarında randomizasyon yapılamamasıdır. Örneğin North Karelia programı Finlandiya'nın doğusundaki yüksek KVH hızları nedeniyle, yerel talep üzerine başlatılmıştır (10). Yaşam biçimi ile ilgili müdahalelerde bir başka sorun müdahalenin gizlenememesidir (körük) ve bu da olası bir taraf tutma kaynağıdır. Müdahalenin gizlenememesinin klinik olaylarla ilgili sonuçlar üzerinde bir etkisi olması beklenemez; ancak kontrol grubundaki kişilerin bazı potansiyel faydaları kaçırabilecekleri endişesi ile sağlığı koruyucu etkinliklere katılmaları beklenebilir. Örneğin Amerika'da yapılan MRFIT çalışmasında, KVH hızı kontrol grubunda beklenenden düşük çıkmış; bu sonucun, kontrol grubunda risk faktörlerinin rastlansal olarak azalması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür (6). Gizliliğin olmaması, özellikle sigara kullanımı ile ilgili bildirim dayalı değerlendirmeler için sorundur. Bu nedenle sigara kullanımı ile ilgili bildirimine dayalı verilerin, biyokimyasal değerlendirmeler ile karşılaştırılması gerekir; daha önce sözü edilen ve 39 çalışmanın yer aldığı sistematik derlemede yalnızca bir çalışmanın böyle bir değerlendirme yaptığı belirtilmektedir (1). North Karelia çalışmasında, bildirim verisinin geçerliğini değerlendirmek için biyokimyasal analiz yapılmış, yaşa göre düzeltilmiş korelasyon değerleri müdahale ve kontrol bölgesinde erkekler için 0.72 ve 0.67, kadınlar için 0.69 ve 0.70 bulunmuştur (9).

Kalp hastalıkları müdahale programlarının eleştirisinde temel nokta, kardiyovasküler mortalite veya toplam mortalite ile ilgili olarak net etkinin istatistiksel anlamlılığının saptanamamasıdır. Bireysel ve/veya aileye yönelik danışmanlığın kullanıldığı kalp sağlığı programlarının sistematik derlemesinde (1) birleştirilmiş etki, çoklu risk faktörü müdahalesinin mortalite üzerine bir etkisi olmadığını göstermiştir. Ancak, küçük ama potansiyel olarak önemli olabilecek tedavi yararının (KVH mortalitesinde yaklaşık % 10'luk bir azalma) kaçırılmış olabileceği ileri sürülmüştür.

Müdahale için uygulanan yöntemler ve etkinliklerden, risk faktörlerindeki değişime ve oradan da morbidite ve mortalite değişimine kadar uzun bir süreç söz konusudur. Bütün bu süreç uzun yıllar alır ve pek çok koruyucu ve risk etkeni ilerleyen yıllarda bu sürece dahil olur. Her bir yeni etken sürece dahil olduğunda ve her bir aşama tamamlandığında müdahalenin etkisinin seyreltilmesine (dilüsyon) ilişkin bir risk söz konusudur. Şekil 1'de bu süreç gösterilmiştir.

Lindholm ve arkadaşları, topluma dayalı programlarda ve kalp hastalıkları programlarında, müdahalenin etkisini

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi



Şekil-1. Maruziyet-dilüsyon biası (exposure-dilution bias) (müdahaleden mortaliteye) Kanyak no: 6

ortaya koymak üzere morbidite ve mortalite ile ilgili değişkenlerin "altın standart" olarak seçilmesinin bazı açılardan önemli zorluklar yarattığını belirterek, müdahale ile daha yakından bağlantılı olan, hastalık ile ilişkisi kanıtlanmış risk faktörlerine, bir diğer deyişle ara değişkenlere odaklanılmasının daha uygun olacağını ileri sürmüştür. Yazarlara göre risk faktörü değişikliği meydana gelen kişi sayısı, hem KVH meydana gelen kişi sayısından hem de KVH nedeni ile ölen kişi sayısından fazla olacağı için daha güvenilir bir sonuca ulaşmak da söz konusu olacaktır (6). Pek çok çalışmada risk faktörü azalması ile ilgili olarak bulunan etki, morbidite ve mortalite ile ilgili etkiden daha büyüktür. Örneğin MRFIT çalışmasında KVH morbidite üzerine olan etki, KVH mortalitesi ile ilgili etkiden çok daha büyük olarak saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar, eğer mortalite sonuç değişkeni olarak ele alınacaksa, gerçekten uzun bir izlem süresi gerektiğini göstermektedir; böyle bir süre aynı zamanda dilüsyon biasını de artıracaktır. Ebrahim ve arkadaşlarının yaptığı derlemede klinik sonuçları kullanan çalışmaların izlem süresi yaklaşık 903 000 hasta yılı iken, risk faktörünü sonuç olarak alan çalışmalarda bu süre 3030 000 hasta yılıdır (1).

Daha önce pek çok kez söz edilen sistematik derlemenin (1) dahil ettiği çalışmaların tanımlanan anlamda topluma dayalı olmayan, daha çok bireye ve aileye yönelik müdahaleler içeren çalışmalar olduğunu hatırlatarak, buradan elde edilen bazı sonuç ve yorumlara da değinilecektir. Yapılan meta analiz sonuçlarına göre risk faktörleri ile ilgili değişikliklerin görece olarak küçük olduğu sonucuna varılmış, risk faktörlerindeki küçük ama anlamlı düşüşün kalp krizi veya kalp hastalıklarına bağlı ölümler üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir. Bu sonuç küçük değişikliklerin uzun süre devam ettirilememesi ile veya çalışma tasarımından kaynaklanan sorunlarla açıklanmıştır. Ayrıca risk faktörleri ile ilgili saptanan değişimin muhtemelen iyimser tahminler olduğu; değişimi gösteren sonuçlara ait ölçümlerin yalnızca araştırmada kalanlardan elde edilmiş olabileceği de belirtilmiştir. Kan basıncı ölçümü ile ilgili alışkanlıklar, ortalamaya doğru gerileme (regression to the mean) ve sigara içimi ile ilgili verilerin kişisel bildirimine dayalı olması, saptanan değişimi olduğundan fazla göstermeye neden olabilecek diğer etkiler olarak tartışılmıştır.

KVH mortalitesini etkileyen bir başka değişken de tıbbi tedavidir; tıbbi tedavinin niteliği de hem araştırma süreci boyunca hem de müdahale ve kontrol gruplarında farklılaşabilir.

Müdahaleye maruziyet açısından yanlış sınıflandırma da (misclassification) müdahalenin etkisini değiştiren bir başka önemli hata kaynağıdır. Toplumda dayalı programlarda temel olarak müdahale grubu ile kontrol grubu karşılaştırılır; ancak müdahale grubundaki her bireyin müdahaleye maruz kaldığı, kontrol grubundaki hiçkimse müdahale almadığını varsaymak gerçekçi değildir. Dilüsyon biası (dilution bias), bir müdahalenin gerçek etkisini seyrelten/azaltan hata kaynakları olarak tanımlanmaktadır. Tablo 2'de değerlendirme sonuçlarını etkileyen 6 tip hata kaynağı listelenmiştir.



**Tablo 2. Topluma dayalı müdahalelerde görülen “dilüsyon bias” leri (Kaynak no: 6)**

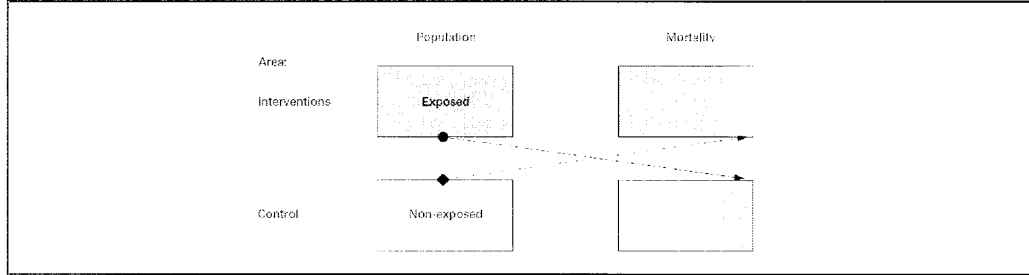
Bias kaynağı	Tanım
Nedenlerin ve sonuçların dışlanması (Exclusion of causes and consequences)	
1. Müdahale dışı etkenlerdeki değişim	Topluma yönelik müdahalelerde randomizasyon yapılamamasından kaynaklanır. Toplumdaki müdahale dışı etkenler morbite ve mortaliteyi etkileyerek müdahalenin etkisini değiştirirler.
2. Tek hastalık ölçümü	Pek çok davranışsal değişiklik çeşitli hastalıkların riskini değiştirirse de değerlendirmeler genellikle tek bir hastalığın ölçümüne yöneliktir
Maruziyet dilüsyonu (Exposure dilution)	
1. Toplumun hareketliliği	Müdahale ve kontrol bölgelerindeki kişilerin iki yönlü yer değiştirmelerinden kaynaklanır. Müdahale bölgesindeki etkinin daha az, kontrol bölgesindeki etkinin daha fazla bulunmasına yol açar.
2. Diğer bölgelere yayılan etkiler (Dissemination effects to other areas)	Başarılı müdahaleler diğerleri tarafından kullanılır, bu etki sonuç analizinde ihmal edilir
İzlem süresi ile ilgili hata kaynakları (Mis-specification of follow up time)	
1. Sonraki nesillere sosyal difüzyon	Müdahaleye maruz kalan erişkinler sonraki neslin yaşam biçimi üzerine etkide bulunurlar. Bu etki de genellikle sonuç analizinde ihmal edilir.
2. Zaman farkı	Bir risk faktöründeki azalma ile bunun yaratacağı etki arasında uzun bir zaman farkı olmasından kaynaklanır. Etkinin seyreltilmesine neden olur.

Tablo 2’de gösterilen hata kaynaklarından bazıları aşağıda daha ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Müdahale dışı etkenlerin rolü: Müdahale grubundaki müdahale dışı etkenler aksi yönde etki ederken, kontrol grubunda risk faktörlerinin düşürülmesine hizmet eden bir süreç yaşanabilir. Daha önce belirtildiği gibi bu durum MRFIT çalışmasında görülmüştür. Pek çok batı ülkesinde KVH mortalitesinde belirgin bir düşüş yaşanmakta ve bu da son birkaç 10 yılda yapılan müdahale araştırmalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde güçlük yaratmaktadır. Örn: North Karelia, Stanford Five Cities Project ve Minnesota Project gibi (6). Müdahale dışı etkenlerin rolüne ilişkin bir başka örnek de Norsjo çalışmasından verilebilir. İsveç’in Norsjo bölgesinde 1985-1990 arasında, 5500 kişilik bir popülasyonda beslenme alışkanlığını değiştirmeyi hedef alan bu programın sonuçları, müdahale bölgesinde serum kolesterol düzeyinde %20’den fazla bir düşüş olduğunu göstermiştir. Ancak bu değişimin morbidite ve mortaliteye etkisi, müdahale bölgesinde yaşanan bazı negatif sosyal olaylar nedeniyle gösterilememiştir; araştırmanın yürütüldüğü bölgedeki işsizlik o dönemde yakın bölgelerdekine göre çok yüksek bir düzeyde seyretmiştir (6).

Toplumun hareketliliği: Şekil 2’de toplum hareketliliğinin mortalite tahminlerine olan etkisi gösterilmektedir. Norsjo çalışmasında 1990-1995 arasında 121 ölüm meydana gelmiştir. Ölümlerin %23’ü, ölüm meydana geldiğinde kişilerin müdahale bölgesi dışında yaşamaları nedeniyle analize dahil edilmemiştir. Kontrol grubundaki kişilerin bazıları ise araştırmanın ilerleyen fazlarında müdahale bölgesine göç etmiş ve zayıf düzeyde müdahaleye maruz kalmıştır. Aynı çalışmada 1990-

1995 arasında ölenlerin %8'i araştırmanın başladığı tarih olan 1985'de müdahale bölgesinde yaşamamaktadır. Bu çalışmada net risk azalışı % 20 olarak saptanmıştır (Müdahale bölgesindeki RR=0.8). Kişilerin müdahale ve kontrol grubu arasındaki hareketliliğin % 25 olduğu varsayılırsa müdahale bölgesindeki kişilerin % 75'inin RR= 0.8, % 25 ini ise RR= 1 olacaktır. Bu durumda müdahale bölgesindeki ortalama risk azalışı % 15 olacaktır ( $0.75 \times 0.8 + 0.25 \times 1.0 = 0.85$ ). Aynı değerlendirme kontrol grubu için yapıldığında RR=0.95 olarak saptanacaktır ( $0.75 \times 1 + 0.25 \times 0.8 = 0.95$ ). Bu durumda net azalma % 20 değil % 10.5 olarak hesaplanacaktır ( $1 - 0.85 / 0.95$ ) (6). Ayrıca, bu tür çalışmalarda izlem kaybı önemli bir sorundur ve risk faktörlerindeki değişim intention to treat analizi ile değerlendirilemez (1).



Şekil 2. Toplum hareketliliğinin mortalite tahminlerine olan etkisi (Kaynak no: 6)

Başarılı programlar aynı ülkede veya başka ülkelerde taklit edilirler. Örneğin North Karelia projesinin 5 yıllık izleminden elde edilen sonuçlar aynı bölgede bile pek çok benzer araştırma yapılmasına neden olmuştur. The Stanford Five-City Projesi, Amerika'da başka pek çok benzer programlar uygulanmasına yol açmıştır. Bu tür yayımların etkisini değerlendirmek güçtür ve müdahale programlarının etkisinin değerlendirilmesine dahil edilmez.

Tablo 2'de sözü edilen bir başka konu da müdahale grubundaki etkilerin yakın çevreye olan yayılımı dikkate alan ve sosyal difüzyon olarak adlandırılan etkidir. Örneğin sigara içen ailelerin çocuklarında sigara içimi 2 kat daha fazla görülmektedir. Sosyal difüzyonun doğrudan etkisi taraf tutmaya neden olmaz; ancak uzun dönemdeki etkileri, örneğin bir sonraki nesile olan etki sonuç analizine dahil edilmeyecektir.

Zaman farkından kaynaklanan etkiler: Yapılacak müdahalenin etkisi risk faktörlerinde bir azalma (sigaranın bırakılması gibi) veya risk faktörünün tamamen ortadan kaldırılması ile (sigara içmeyen yeni nesiller gibi) sonuçlanabilir. Birinci durumda müdahale ile etki arasındaki zaman farkı 1-5 yıl iken, ikinci durumda 20-30 yıldan söz edilebilir. Özellikle de müdahalenin henüz başladığı ilk yıllar analizden çıkarıldığında etkinin büyüklüğünün arttığı gösterilmiştir (Tablo 3).

Bu nedenle yeterli bir izlem süresinin ve değerlendirmenin yapılacağı zaman kesitlerinin iyi belirlenmesi gerekir.

Tablo 3. İzlem süresi ve izlemin yapıldığı zamana göre fatal ve non-fatal kardiyovasküler hastalık olaylarındaki odds oranlarının değişimi (Norsjo çalışması, Kaynak no: 6)

İzlem süresi (yıl)	Engellenen olgu sayısı	Maruziyet durumu	Hasta	Sağlam	OR
1-10	16	Maruz	200	2400	1.09
		Maruz değil	184	2416	
1-15	38	Maruz	300	2300	1.16
		Maruz değil	262	2338	
6-15	36	Maruz	200	2400	1.24
		Maruz değil	164	2436	

Sonuç olarak topluma yönelik müdahale programlarının, randomize klinik çalışmalara göre pek çok zorluğu olduğu görülmektedir. Sözü edilen zorluklar örneğin toplumun hareketliliğinden kaynaklanan sorunlar eğer uygun sistemler kurulursa, müdahale ve kontrol grubundaki tüm kişilerin izlenmesi yoluyla ile kontrol edilebilir; yine bu tür çalışmalarda sonuç analizinde tek hastalık yerine birden fazla hastalığın değerlendirilmesi yaklaşımı kullanılabilir. Bunun dışında ara değişkenlerin sonuçlarının ölçülmesi de mutlak bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır; nitekim pek çok çalışma tek başına veya klinik olay verisi ile birlikte risk faktörlerindeki değişimi sonuç göstergesi olarak ele almıştır.

### Maliyet

Toplum sağlığına yönelik müdahale programlarının maliyet-etkililiği, maliyet etkililik analizi (MEA) ile değerlendirilmektedir. MEA, farklı sağlık müdahalelerinin yarattığı sağlık etkisi ile ekonomik etki arasındaki ilişkiyi kıyaslayan formal bir çatı oluşturmaya olanak sağlar (13). Genellikle önlenen DALY veya kazanılan QALY başına maliyet belirtilir. Bir müdahaleye maliyet-etkili diyebilmek için belli bir değer söylemek olası değildir. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü Makroekonomiler ve Sağlık Komisyonu geliştirmekte olan ülkeler için, kişi başına gelirin üç katından daha az maliyetli müdahalelerin tercih edilmesini önermektedir (14). Bu, örneğin Güney Asya için QALY başına 1300 ABD Doları, Latin Amerika için QALY başına 11000 ABD Dolarına denk düşmektedir. Tedavinin söz konusu olduğu programlarda, maliyet-etkililiğin değerlendirilmesine tedavinin riskleri de dahil edilmelidir. Tablo 4’de, geliştirmekte olan ülkelerde, kalp hastalıklarının azaltılmasına yönelik çeşitli müdahalelerin maliyet-etkililik değerleri gösterilmiştir. Aynı kaynağa göre, topluma yönelik birincil koruma önlemlerinin etkililiğini değerlendiren çalışmalar beslenme üzerine odaklanmıştır. Diyetdeki doymuş yağ oranlarını azaltmak için yürütülen toplumsal duyarlılık kampanyasının maliyet-etkililiği DALY başına 1.900–4.000 ABD Dolarıdır. Maliyet-etkililiğin sonuçları KVH’ da ne kadar bir azalma olacağına ve bu azalmanın maliyetine bağlıdır. Maliyet-etkililik sonuçlarındaki geniş aralık da işte bu iki tahminle ilgili belirsizliklerden kaynaklanmaktadır. En iyi tahmin, üretilen gıdalardaki tuz içeriğinin azaltılmasına yönelik yasal düzenlemelerin maliyet etkililiğidir (1320-3100 ABD Doları).

İsveç-Norsjo çalışmasında yapılan müdahalenin maliyeti hesaplanmış, burada maliyet etkililik LYs gained (life years gained-kazanılan yaşam yılı) ile gösterilmiştir (15). “LYs gained” modifiye edilmiş bir mortalite ölçütüdür ve yalnızca geriye kalan yaşam süresini dikkate alır. DALY ve QALY ise yalnızca mortaliteyi değil, hastalığın yol açtığı ölüm dışındaki sonuçları da dikkate alan birleşik bir ölçüttür. Bir başka deyişle DALY ve QALY, hem yaşam süresini hem de niteliğini dikkate alır. KVH gibi kronik hastalıklarda yalnızca yaşam süresini değil, yaşam kalitesini de içeren ölçütlerin kullanılması önerilmektedir (16). Norsjo programında 5500 kişi çalışma kapsamına alınmış, hem genel olarak tüm topluma, hem de belli riske sahip olan kişilere yönelik müdahaleler yürütülmüştür. Temel olarak beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve kolesterol düzeyinin düşürülmesine odaklanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre ortalama serum kolesterol düzeyi müdahalenin ilk 6 ayında %20 azalmıştır. Yalnızca sağlık hizmetinin maliyeti ve kazanılan yaşam yılları dikkate alındığında kazanılan yaşam yılı başına maliyet 1100-4050 Pound’dur. Sonuç, yaş ve cinsiyete göre değişmektedir. Düşük kolesterol ile artmış mortalite arasında nedensel bir ilişki olsa bile, Norsjo’da, kolesterol düzeyini düşürmenin tahmin edilen yan etkileri, sağlanan yararlarla kıyasla ihmal edilebilir olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları Norsjo müdahalesinin sonuçlarını maliyet-etkili olarak değerlendirmiştir. Daha da önemlisi yapılan analiz, bu müdahaleden bölgedeki bütün alt grupların eşit biçimde yararlandığını göstermiştir.

Zorluklarına karşın, topluma dayalı programların KVH ların kontrolünde önemli üstünlükleri bulunmaktadır; sonuçların genellenebilmesi, kitle iletişim araçlarının kullanılması ile ulaşımın kolaylaşması, maliyet-etkili olması, çevresel, yönetsel ve kurumsal politikaları etkileyebilme potansiyeli gibi. Bu tür programlar yapılmaya devam edecek; içeriğin ve sürecin niteliğinin artırılması ve daha güvenilir sonuçlar elde edilmesi için mevcut deneyimlerden yararlanılacaktır. Dünyada yürütülen pek çok kalp hastalığı programına karşın, risk faktörleri ve mortalite açısından yüksek ve düşük sosyoekonomik gruplar arasındaki farkın giderek artmakta olduğunu hatırlamak gerekir. Mevcut eşitsizliklerin müdahalelerden yararlanma ile ilgili önemli engeller yaratabileceği ve elde edilen yararın tüm toplumca paylaşılamayabileceği tehlikesi müdahale planında dikkatle tartışılmalıdır. Belki de tam da bu nedenle, kalp hastalığı ile ilişkili temel risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik olarak, ulusal düzeyde yapılacak mali ve yasal düzenlemelerle sağlığın korunması öncelikli olmalıdır.

**Tablo 4. Çeşitli KVH Müdahaleleri için Artımlı Maliyet-Etkililik Oranı (Incremental Cost-Effectiveness Ratios) (Kaynak no: 14)**

Müdahale Maliyet Etkililik	(Önlenen DALY başına US\$)
<b>Topluma dayalı stratejiler</b>	
Trans yağların çoklu-doymamış yağlarla değişimi	25–2,300
Ürtilen gıdalarda tuz içeriğinin sınırlandırılması (yasal düzenleme ile)	1,320–3,100
Doymuş yağ tüketiminin azaltılması için toplum eğitimi	1,900–4,000
<b>Tütün kontrolü</b>	
Tütün fiyatlarında %33'lük artış	3–42
Nikotin replasman tedavisi	56–761
Tütüne karşı eğitim ve reklamların yasaklanması	200–3,000
<b>Çoklu ilaç tedavisi</b>	
AR > 25% olan herkes için çoklu ilaç tedavisi	750–890
AR > 15% olan herkes için çoklu ilaç tedavisi	790–930
AR > 5% olan herkes için çoklu ilaç tedavisi	1,040–1,220
<b>Kalp krizi</b>	
ASA	9–20
ASA/BB	11–22
Streptokinase	634–734
t-PA	15,900–16,000
<b>Konjestif kalp yetmezliği<sup>a</sup></b>	
ACE inhibitor	Maliyet düşürücü
ACE inhibitor/BB	124–219

AR 10 yılda KVH gelişmesi için tahmin edilen absolut risk, ASA: aspirin, BB beta bloker, t-PA doku plazminojen aktivatör.

#### Kaynaklar

1. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (review). *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library* 2008, Issue 2. <http://www.thecochranelibrary.com>.
2. Editorials. *The Future of Community-Based Cardiovascular Disease Intervention Studies. Am J Pub H. Sept 1994 Volo. 84, No:9*
3. Luepker RV, Evans A, McKeigue P, Reddy KS. *Cardiovascular Survey Methods. World Health Organization, Geneva, 2002*
4. Makover ME and Ebrahim S, What Is the Best Strategy for Reducing Deaths from Heart Disease? *PLoS Med.* 2005 April; 2(4): e98. Published online 2005 April 26. doi: 10.1371/journal.pmed.0020098.)
5. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ.* 2005 Sep 17;331(7517):614.
6. Lindholm L, Rosen M. What is the golden standard for assessing population-based interventions? Problem of dilution bias. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2000, 54; 617-622.
7. Unal B. Kardiyovasküler Epidemiyoloji. Türkiye'de kalp hastalığı politikası nasıl olmalı? 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, kongre sunumu notları, 23-26 Ekim 2007. Denizli

8. Ader M, Berenysson K, Carlsson P, Granath M, Urwitz V. Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*. Vol. 16, No. 2, 187-195, June 2001
9. Paska P, Salonen JT, Nissinen A, Tuomilehto J, Vartiainen E, Korhonen H, Tamskanen A, Ronqvist P, Koskela K, Huunnen J. Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia Project). *British Medical Journal*. 1983, Vol 278, 1840-1844
10. Wagner E The North Karelia project: What it tells us about the prevention of cardiovascular disease. *Commentaries, American Journal of Public Health*. 1982, Vol 72, No1, 51- 53
11. Winkleby MA, Flora JA, Kraemer HC. A Community-Based Heart Disease Intervention: Predictors of Change. *American Journal of Public Health*. May 1994, Vol 84, No 5, 767-772)
12. Chris Tudor-Smith, Don Nutbeam, Laurence Moore, John Catford. Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area. *BMJ*. 1998 March 14; 316(7134): 818-822.
13. Çilingiroğlu N. Sağlık Bakım hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Ed. Çağatay Güler, Levent Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, Ankara
14. Thomas A, Gaziano Reducing The Growing Burden Of Cardiovascular Disease In The Developing World. *Health Aff (Millwood)*. 2007; 26(1): 13-24.
15. L Lindholm, M Rosen, L Weinehall and K Asplund. Cost effectiveness and equity of a community based cardiovascular disease prevention programme in Norsjo, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1996, Vol 50, 190-195
16. Robberstad B. QALY vs DALY vs LY gained: what are the differences, and what difference do they make for health care priority setting?. *Norsk Epidemiologi* 2005, 15(2):183-191

## KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ İLE MÜCADELEDE HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI VE SAĞLIK BAKANLIĞI ÇALIŞMALARI

**Dr. Nazan YARDIM, Halk Sağlığı Uzmanı**

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur.

2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasına göre Türkiye Nüfusu'nun yüzde 7'si 65 ve üzeri yaşlardadır. Kentsel alanlarda yüzde 6 olan yaşlı nüfus oranı, kırsal alanlarda yüzde 9'dur. 15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 65 ve daha yukarı yaştaki kişi sayısı olarak tanımlanan yaşlı bağımlılık oranı (Elderly Dependency Ratio) Türkiye de 8,8 dir. Doğumda beklenen yaşam süresi 2006 yılı için erkeklerde 69,1 kadınlarda 74,0, toplamda 71,5 yıldır.

Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte, aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklarda (kronik hastalıklar) artışa sebep olmuştur. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranında artış, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymasına yol açmıştır.

Kronik Hastalıklar Hemen Bütün Ülkelerde Ölümün En Temel Sebepleridir: 2005 yılında 35 milyon kişi kronik hastalıklardan öldüğü tahmin edilmiştir. Tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklardan meydana gelmektedir. Herhangi bir önlem alınmaz ise 388 milyon kişinin gelecek 10 yıl içinde kronik hastalıklardan öleceği tahmin edilmektedir.

En Yoksul Ülkeler En Çok Etkilenenlerdir: Kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin sadece %20'si yüksek gelirli ülkelerde ortaya çıkarken, kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin %80'i dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır.

Risk Faktörleri Çok Yaygındır: Sık görülen ve önlenebilen risk faktörleri temel kronik hastalıkların altında yatan nedenlerdir. Dünyanın her yerindeki erkek ve kadınlarda tüm yaşlarda meydana gelen kronik hastalık ölümlerinin çoğu bu risk faktörleri ile açıklanabilmektedir. Bu risk faktörleri şunları içermektedir;

- Sağlıksız beslenme;
- Yetersiz fiziksel aktivite;
- Tütün kullanımı.

Tehdit Büyümektedir: Enfeksiyöz hastalıklar, maternal ve perinatal durumlar, ve beslenme yetersizliklerine bağlı ölümlerin gelecek 10 yıl içerisinde %3 azalacağı tahmin edilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin ise aynı dönemde %17 artacağı tahmin edilmektedir. Bunun anlamı, eğer acilen eyleme geçilmezse 2015 yılında ölecek 64 milyon kişinin 41 milyonunun kronik hastalıklardan ölecek olmasıdır.

Küresel Yanıt Yetersizdir: Kronik hastalıkların artan öneminin öngörülmesi, anlaşılması ve acil müdahale edilmesi hayati önem taşımaktadır. Bunun için, kronik hastalıklar önlenmesinin ve kontrolünün güçlendirilmesinde rol oynayan ulusal liderler ile uluslararası halk sağlığı camiası tarafından belirlenecek yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. İlk adım olarak, ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarına ve daha geniş anlamda topluma en son ve en doğru bilgi ve haberlerin iletilmesi gereklidir.

Genellikle, bulaşıcı olmayan hastalıkların yaşanmanın doğal ve kaçınılmaz sonucu olduğu, bulaşıcı hastalıklardan daha az önemli ve kontrol edilemez olduklarına inanılmaktadır. Oysa bu hastalıklar yaşamın kaçınılmaz bir gerçeği değildir ve çoğunlukla önlenebilir. Gerçek şudur ki, kronik hastalıkların temel nedenleri bilinmektedir ve bu risk faktörleri ortadan kaldırılabilsen en azından tüm kalp hastalıkları, inme ve tip 2 diyabetin %80'inden fazlası önlenebilir.

Bu hastalık grubunda çok sayıda hastalık bulunmasına rağmen çoğunun risk faktörleri ve korunma stratejileri ortaktır. Tüm bu risk faktörleri ekonomik, sosyal ve politik çevreden, cinsiyet ile davranışlardan etkilenmektedir. Bu yüzden de önerilerde bulunmak kolay, fakat önlemlerin yaşama geçirilmesi zordur. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel

hareketlilik, sigara kullanımını terk etmek gibi davranışlar doğruluğuna inanılsa da, değiştirilmesi zor alışkanlıklar arasındadır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi (health promotion) çalışmaları önemlidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede koruyucu hekimlik yaklaşımı etkili bir yaklaşımdır.

Örnek vermek gerekirse, sigaranın bırakılmasından iki yıl sonra kalp ve damar hastalığı riski %50 azalmaktadır. Ayrıca yine sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi, tuz tüketiminin azaltılması gibi önlemlerle kan basıncı ve kolesterol yüksekliği önlenebilmektedir.

Var olan bilginin uygulanması çeşitli ülkelerde orta ve yaşlı kişilerin yaşam beklentisi ve yaşam kalitesinde büyük ilerlemeler kaydedilmesini sağlamıştır. Örneğin, Avustralya, Kanada, İngiltere ve A.B.D.'de son otuz yıl içinde kalp hastalığı ölüm hızları %70'lere kadar düşmüştür. Polonya gibi orta gelirli ülkeler de son yıllarda oldukça ilerleme kaydetmiştir. Böylece kazanımların sağlanması büyük oranda, hem tüm topluma hem de bireylere yönelik olan ve alta yatan sık görülen risk faktörleri ile özel bazı hastalıklara odaklanan kapsamlı ve entegre yaklaşımların uygulanması ile gerçekleştirilmiştir. Bu kazanımlar sayesinde kurtarılan yaşamların toplam sayısı çok büyüktür. DSÖ'nün tahminlerine göre 1970'den 2000 yılına kadar sadece A.B.D.'de 14 milyon kardiyovasküler hastalık ölümü önlenmiştir. İngiltere aynı dönemde 3 milyon kişiyi kurtarmıştır.

Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele, ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler yoluyla başarıya taşınabilir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar toplumun tüm katmanlarının gündeminde yer almalıdır. Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin yaygınlaştırılması, tütün kullanımının azaltılması gibi uygulamalar tüm sektörlerin katılımını gerektirmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında bütün sektörlerin rol ve sorumluluğu bulunmaktadır.

Kronik hastalıkların yaşam süresi ve kalitesine etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam tarzını değiştirmeye yönelik programların önemi daha iyi anlaşılacaktır. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve diğer temel önlemlerle hastaneye yatış, pahalı tedavi edici ve cerrahi işlem gerektiren hastalıkların azalması, bu hastalıklara bağlı işgücü kayıpları ve ölümlerin de azalması ile sağlık durumunun ve ekonomik yükün iyiye gitmesine katkıda bulunacaktır.

Kalp ve damar hastalıkları; Koroner kalp hastalığı (kalp krizleri), serebrovasküler hastalıklar, yüksek kan basıncı (hipertansiyon), periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomyopatilerdir. Kalp ve damar hastalıklarının başlıca sebepleri ise tütün kullanımı, fiziksel inaktivite ve sağlıksız bir diyetdir. Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler "değiştirilemez etkenler" grubuna girerken, sigara, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, aşırı alkol, sedanter yaşam, şişmanlık, kan yağlarının yüksekliği, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği "düzeltilbilir risk faktörleri" olarak ayrılabilir.

Kalp ve damar hastalıkları, küresel ölçekte ölüm sebebidir ve uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olarak devam edeceği tahmin edilmektedir. 2005 yılında tahminen 17,5 milyon insan kalp ve damar hastalıkları sebebiyle ölmüştür ve bu küresel ölümlerin %30'unu teşkil etmektedir. Bu ölümlerin 7,6 milyonu kalp krizlerine, 5,7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar tahminen 20 milyon insan daha her yıl kalp ve damar hastalıklarından özellikle de kalp krizleri ve inmelerden ölecektir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu yükte önemli bir payı olan kalp ve damar hastalıkları açısından olumlu olan yan "önenebilir" olmalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalığı görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir.

Öte yandan kalp ve damar hastalıklarından ölümler gelişmiş batılı ülkelerde azalma eğilimi gösterirken gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Ancak toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinde görülen uzama ile ileri ülkelerde kalp ve damar hastalığı sayısı artmakta ve bunlara bağlı yükün azalmaması sonucu doğmaktadır.

Gelişmekte Olan Ülkelerde Kalp ve Damar Hastalıkları: Ekonomik dönüşüm, kentleşme, endüstrileşme ve küreselleşme, kalp hastalıklarını arttıran yaşam tarzı değişikliklerini de beraberinde getirmektedir. Bu risk faktörleri

arasında tütün kullanımı, fiziksel inaktivite ve sağlıksız diyet yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşam beklentisi hızla yükselmekte ve insanlar bu risk faktörlerine daha uzun sürelerle maruz kalmaktadırlar. Düşük doğum ağırlığı, folat eksikliği ve enfeksiyonlar gibi risk faktörleri ise, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki en fakir nüfuslar arasında daha sık görülmektedir.

**Kalp ve Damar Hastalıklarının Sosyal ve Ekonomik Sonuçları:** Kalp ve damar hastalıklarının klinik tedavisi maliyetli ve uzundur. Kalp ve damar hastalıkları, bireyleri yaşam yıllarının orta döneminde etkilemekte ve onlara bağlı olan ailelerinin geleceğini altüst etmekte, böylece ülkelerin gelişimine, en verimli yıllarında bulunan değerli insan kaynaklarından yoksun bırakarak zarar vermektedir. Gelişmiş ülkelerde, daha alt sosyoekonomik grupların risk faktörleri prevalansı, hastalık insidansı ve mortalitesi daha büyüktür. Gelişmekte olan ülkelerde de kalp ve damar hastalıkları epidemisi olgunlaştıkça yük, daha düşük sosyoekonomik gruplara doğru kaymaktadır (2).

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da önemli boyutlardadır. Tüm Türkiye 2000 yılında gerçekleşen toplam 430.459 ölümün 305.467 tanesi kronik hastalıklar nedeniyledir. Bunların 205.457 tanesi ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. Ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde kronik hastalıklar ilk üç sırayı (iskemik kalp hastalığı %22, Serebrovasküler hastalıklar %15 ve KOAH %6) tutmaktadır. İlk on ölüm nedeni içerisinde iskemik kalp hastalıkları 1.sırada, hipertansif kalp hastalıkları ise 6. Sırada, inflamatuvar kalp hastalıkları ise 10. Sıradadır. Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri sıralamasında ilk iki sırada kronik hastalıklar yer almakta olup kardiyovasküler hastalıklar %48 ile ilk sıradadır.

Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 102.386'dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700'e, 2020 yılında 175.663'e, 2030 yılında ise 235.567'ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır. 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530'a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir.

Hastalık yükü açısından bakıldığında da ilk on hastalık yükü sıralamasında kronik hastalıklar 2. (iskemik kalp hastalığı) ve 3 sırada, temel hastalık grupları açısından ilk iki sırada (kardiyovasküler hastalıklar %19, Nöropsikiyatrik hastalıklar %13) yer almaktadır.

DSÖ günlük beş ve üzeri sebze-meyve porsiyonu tüketimini yeterli sebze ve meyve tüketimi olarak bildirmektedir. Türkiye'de ise ortalama günde 1,64 porsiyon meyve tüketimi, 1,57 porsiyon sebze tüketimi tespit edilmiştir. Ulusal Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun %20,32'sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15,99'un yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. Sigara içme sıklığı 18 yaş üzeri %33,4 ve obezite sıklığı çeşitli çalışmalarda kadınlarda %22-48 ve erkeklerde %17-21 arasında bulunmuştur.

Tansiyon yüksekliği, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, obezite gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi, fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesi ile iskemik kalp hastalığına bağlı olan:

- \_ 860.083 DALY yükünün 772.814'sinin önlenebileceği ve
- \_ 300.000'den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kalp ve damar hastalıkları konusundaki çalışmaları, Kronik Hastalıklar ve Sağlığın Geliştirilmesi Departmanı'nın genel çerçevesi içerisinde entegre durumdadır.

Bu departmanın stratejik amaçları:

- Küresel kronik hastalıklar epidemisi hakkında farkındalığı arttırmak,
- Başta yoksul ve dezavantajlı topluluklar olmak üzere toplum için sağlıklı çevreler oluşturmak,
- Sağlıksız diyet ve fiziksel inaktivite gibi ortak kronik hastalık risk faktörlerindeki eğilimleri yavaşlatmak ve tersine çevirmek,
- Önde gelen kronik hastalıklar sebepli erken ölümler ve kaçınılabılır engellilik hallerini önlemektir.



Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için makul ve net bir hükümet politikası esastır.

- Ulusal hükümetin kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin olarak oluşturacağı bütünleştirici çerçeve, tüm sektörler tarafından ve her düzeyde gerçekleştirilecek eylemlerin birbirini destekler özellikte olmasını sağlayacaktır.

- Bütüncül önleme ve kontrol stratejileri, ortak risk faktörleri üzerinde yoğunlaşmaları ve spesifik hastalıklara değinmeleri nedeniyle, en etkin stratejilerdir.

- Kapsamlı bir halk sağlığı eylemi için nüfusun tamamına ve bireylerin tümüne yönelik müdahalelerin bileşimi gerekmektedir.

- Çoğu ülke, ideal olarak yapılması gerekenlerin tamamı bir anda yapabilmek için gereken kaynaklara sahip değildir. Bu bağlamda, yapılabirlik açısından en uygun düzeyde olan uygulamalar gerçekleştirilmeli; yani, "adım adım" bir yaklaşım sergilenmelidir.

- Kronik hastalık yükünün asıl belirleyicilerinin sağlık sektörü dışında yer almasından ötürü, sektörler arası eylem, politika oluşturma ve uygulamanın her basamağında son derece büyük öneme sahiptir.

- Müdahalenin her bir adımı ve düzeyinde, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik ciddi bir gayretle, yerel bazda kilometre taşları belirlenmelidir.

Planlama basamaklarından ilki nüfusun mevcut risk faktörü profilini değerlendirmektir. Bunu, eylem için hazırlık takip eder. İkinci planlama basamağı kronik hastalık politikasını oluşturmak ve uygulamaktır.

Planlama basamaklarından üçüncüsü de, bu politikanın uygulanması için en etkili yolu belirlemektir. Seçilen müdahale kombinasyonları, politikanın en etkili biçimde uygulamaya konması için kaldıraçlar olarak düşünülebilir.

Planlamayı bir dizi uygulama basamağı takip eder: çekirdek, genişletilmiş, arzu edilen.

Çekirdek uygulama için seçilen müdahale kombinasyonları daha sonraki eylem için başlangıç noktasını ve temeli oluşturur.

Uygulamanın farklı basamakları için spesifik kilometre taşları önerilmektedir. Uygulama kapasitesi de dahil olmak üzere çekirdek uygulama basamağını oluşturacak müdahale paketine karar verilirken, her ülke bir çok unsuru göz önünde bulundurmamak zorunda olduğundan bu kilometre taşları değişmez kurallar değildir.

### 1. PLANLAMA ADIMI

"Toplumun ihtiyaçlarını tahmin edin ve eylem için destek alın"

### 2. PLANLAMA ADIMI

"Politika oluşturun ve kabul edin"

### 3. PLANLAMA ADIMI

"Politika uygulama adımlarını belirleyin"

Politika uygulama adımları	Toplum çapında müdahaleler		Bireylere yönelik müdahaleler
	Ulusal Düzey	Alt-ulusal Düzey	
Uygulama adımı 1 ÇEKİRDEK	Kısa vadede, mevcut kaynaklarla gerçekleştirilebilir müdahaleler		
Uygulama adımı 2 Genişletilmiş	Orta vadede, kaynaklarda beklenen gerçekçi bir artış ya da kaynakların yeniden tahsisi ile gerçekleştirilebilecek müdahaleler		
Uygulama adımı 3 Arzu edilen	Mevcut kaynaklara erişimin ötesinde kanıta dayalı müdahaleler		

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Dünya Sağlık Örgütü, 2007 yılında, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal planlar yapılması, yoğunlaştırılarak uygulanması ve izlenmesi için ihtiyaç duyulan yerde destek sağlanmasını isteyen bir eylem planı hazırlanmasını ve İcra Kurulu vasıtasıyla 61.Dünya Sağlık Asamblesine sunulmasını isteyen 'Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü: Küresel stratejinin uygulanması' başlıklı WHA60.23 sayılı kararı kabul etmiştir. Bu paralelde 2008-2013 yıllarını kapsayan bir plan tasarısı hazırlanmış ve Ocak 2008 tarihinde yapılan 122. oturumunda İcra Kurulu tarafından tartışılmıştır. Kurul, 29 Şubat 2008'de Cenevre'de Üye Devletlere yönelik olarak/gayri resmi bir istişare toplantısı düzenlemeye karar vermiştir. Yapılan yorumların ışığında plan tasarısı gerekli şekilde düzenlenmiştir. 61.Asamblede ise plan tasarısı görüşülerek kabul edilmiş ve aşağıdaki hedefler belirlenmiştir:

- HEDEF 1: Küresel ve ulusal seviyelerde kalkınma işi içinde bulaşıcı olmayan hastalıklara tanınan öncelikleri artırmak ve tüm hükümet birimlerinin politikaları ile bu tür hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü bütünleştirmek.
- HEDEF 2: Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal politikalar ve planlar oluşturmak ve güçlendirmek.
- HEDEF 3: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve zararlı alkol kullanımı için paylaşılan değiştirilebilir ana risk faktörlerini azaltmak için müdahalelerini artırılması.
- HEDEF 4: Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için araştırma yapmaya teşvik etmek.
- HEDEF 5: Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ortaklıkların teşvik edilmesi.
- HEDEF 6: Bulaşıcı olmayan hastalıkların ve belirleyicilerinin izlenmesi ve ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde gelişimin değerlendirilmesi.

Dünya ile paralellik gösteren ülkemizdeki mevcut durumun ışığında, DSÖ başta olmak üzere dünyada yürütülen ve önerilen programların değerlendirilmesi ile Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve risk faktörlerinin kontrolüne yönelik aşağıda ifade edilen bir dizi çalışmayı yürütmektedir:

1. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde daha önce kurulan ve üçer şube ile görev yapan Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı (Alkol Dışı Madde Bağımlılığı ile Mücadele Şube Müd., Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Kontrol Şube Müdürlüğü, Alkol ile Mücadele ve Kontrol Şube Müdürlüğü ) ile Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı ( Toplum Beslenmesi ve Beslenme ile ilgili Hastalıklar Şubesi, Beslenme Araştırmaları Şubesi ve Obezitenin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Şubesi) yanı sıra 18.01.2008 tarih ve 00708 sayılı Makam Onayı ile Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlıkları kurulmuştur.

### **Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı aşağıdaki beş şube ile çalışmaktadır:**

- Kalp ve Damar Hastalıkları Şube Müdürlüğü
- Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü
- Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürlüğü
- Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü
- Engelli Sağlığı Şube Müdürlüğü

### **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı üç şube ile çalışmaktadır:**

- Epidemiyoloji Tarama Programları ve Araştırmalar Şube Müdürlüğü
- Ulusal ve Uluslararası Programlar Koordinasyon Şube Müdürlüğü
- Sağlık İletişimi Şube Müdürlüğü

2. Sağlık Bakanlığı 2009 – 2013 Stratejik ve Eylem Planı içerisinde kronik hastalıkların önlenmesi yer almaktadır. Koruyucu Ve Temel Sağlık Hizmetleri başlığı altındaki Stratejik Amaç 1 “Halkımızın sağlığına yönelik tehditleri azaltmak ve sağlığı geliştirmek” hedefleri kapsamında yer almıştır:

• HEDEF 1.5 Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını, bu hastalıklara bağlı ölümleri ve hastalık yükünü 2013 yılına kadar %25 azaltmak ve bu hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltmak.

• HEDEF 1.6 Tütün-alkol ve madde kullanımını 2013 yılına kadar %25 azaltmak.

• Ayrıca ‘Stratejik Amaç 1’in 1.1 sayılı hedefi olan “Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak” ile yer almış olan sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı için önde gelen çalışma alanları, bulaşıcı olmayan hastalıklara dair ortak risk faktörleri ile ayrıca tütün, alkol ve madde bağımlılığının azaltılmasına yönelik hedeflerle belirlenmiştir.

3. Sağlık Bakanlığımızın da katılımları ile Türk Kardioloji Derneği işbirliğinde 25 Aralık 2007 günü, Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi imzalanmıştır. Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin amacı, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nde kalp ve damar hastalık yükünü önemli ölçüde azaltmak ve bu hastalık yükündeki ülke içi ve ülkeler arası eşitsizlikleri ve haksızlıkları azaltmaktır. Sözleşmeyi imzalayanların önceliği yaşam tarzı girişimlerine vererek, kalp ve damar hastalık yükünü azaltmaya önemli ölçüde yardımcı olacak önlemleri teşvik etmesi ve desteklemesi önerilmektedir.

4. “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı: Temel Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı” Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin imzalandığı törende açıklanmıştır. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programının amacı; Daha sağlıklı bir Türkiye için, kalp ve damar hastalıkları ile mücadelede başlıca risk faktörlerinin azaltılması yolu ile kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi ve bu alanda kontrolün sağlanmasıdır.

Kalp ve damar hastalıklarına yönelik bir önleme ve kontrol programının önemli bir bileşeni

kronik hastalıkların önlenmesine dair entegre toplum tabanlı programlardır. Bu programlar aracılığı ile önde gelen kalp ve damar hastalığı risk faktörlerini ve sosyal ve ekonomik belirleyicileri azaltmak, planın kapsamında en önemli unsurdur.

Kalp hastalıkları ve inme sebepli erken ölümlerin en az %80'i, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve tütün dumanından kaçınma yoluyla önlenebilmektedir.

Bireyler kendi kalp ve damar hastalığı risklerini düzenli fiziksel aktivite yaparak, tütün

kullanımından ve pasif içicilikten kaçınarak, meyve ve sebzeden zengin bir diyet seçerek, yağ, tuz ve şekerden zengin gıdalardan kaçınarak ve sağlıklı bir vücut ağırlığını muhafaza ederek azaltabilirler.

Buradan hareketle bu planın kapsamı, Türkiye’de kalp ve damar hastalıkları için başlıca risk faktörlerini önlemeye yönelik olarak;

- Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması,
- Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve şişmanlığın (obezitenin) önlenmesi
- Fiziksel hareketsizliğin giderilmesi çerçevesinde geliştirilmiştir.

Kalp ve Damar Hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik (insangücü, teknoloji, ilaç, finansman dahil) diğer yaklaşımlar ayrıca geliştirilecek ve ulusal programa dahil edilecektir.

Bu planın hedefi ise, kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak suretiyle insanların sağlık

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'nın hazırlanmasında; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası dokümanı, DSÖ Genel Sekreterliği'nce hazırlanan Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü: Küresel Stratejilerin Uygulanması (Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy) 2008 Raporu, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı, Obezite ile Mücadele Ulusal Eylem Planı 2008-2012 ve T.C. Sağlık Bakanlığı 2009-2013 Stratejik Planı göz önünde bulundurulmuş ve ilgili dokümanlarla uyumlu olması sağlanmıştır.

Bu eylem planında Kalp ve Damar Hastalıkları'nın önlenmesi ile ilgili olan; Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim, Sigarayı Bırakma, Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi ve Gençlerin Tütün Mamüllerine Ulaşılabilirliğinin Engellenmesi ile ilgili kısımlarına yer verilmiştir.

### **Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı'nın ana başlıkları aşağıda sıralanmıştır:**

Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2008 - 2012)

#### **A. Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

1. Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim
2. Sigarayı Bırakma
3. Fiyat ve Vergilendirme
4. Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi
5. Reklâm, Promosyon ve Sponsorluk
6. Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi

#### **B. Tütün Ürünlerine Olan Arzın Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

1. Yasa dışı Ticaret
2. Gençlerin Ulaşılabilirliği
3. Tütün Üretimi ve Alternatif Politikalar

#### **C. Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programının İzlenmesi, Değerlendirmesi ve Raporlanması**

1. Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın İzlenmesi, Değerlendirmesi ve Raporlanması

5. Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçevesözleşmesi-WHO-FCTC Framework Convention on Tobacco Control", 21 Mayıs 2003 tarihinde Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM'ce kabul edilerek 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye'de de yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı'na 2008 - 2012 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan "Ulusal Tütün Kontrol Programı" 7 Ekim 2006 da 26312 Nolu Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın oluşturulmasını takiben, 5727 sayılı "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" 03.01.2008 tarihinde TBMM'de kabul edilerek 19 Ocak 2008 tarihli ve 26761 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. DUMANSIZ HAVA SAHASI Kampanyası başarılı şekilde devam etmektedir.

6. İstanbul'da 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında Türkiye'nin ev sahipliğinde ilerleyen bu küresel tehdide karşı DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından üye ülkelerin en üst düzeyde önlemler almasını hedefleyen bir "Bakanlar Konferansı" düzenlenmiş. "Obezite ile Mücadele Avrupa Şartı" imzalanmıştır. Obezite ile mücadele eyleminin güçlendirilmesi ile konunun hükümetlerin politik gündeminin üst sıralarına taşınması taahhüd altına alınmıştır.

7. Obezite ile Mücadele Ulusal Eylem Planı 2008-2012 hazırlanarak basım aşamasındadır.

8. Sivil Toplum Kuruluşları ile işbirliği yapılmakta çeşitli aktiviteler desteklenmektedir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği ile birlikte 2-16 Mayıs 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilen "Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz!" kampanyasında; Yaklaşık 20.000 kişinin tansiyonu ölçülmüş ve 40.000'e yakın eğitim broşürü dağıtılmıştır. 2 Mayıs 2008 tarihinde İstanbul-Avrupa yakasında başlayan kampanya, 3 Mayıs'ta İstanbul (Anadolu yakası), 5 Mayıs'ta Bursa, 6 Mayıs'ta İzmir, 7 Mayıs'ta Konya, 8 Mayıs'ta Adana, 10 Mayıs'ta Diyarbakır, 12 Mayıs'ta Erzurum, 13 Mayıs'ta Trabzon ve 15-16 Mayıs'ta Ankara'da gerçekleştirilmiştir. Şehirlerin büyük meydanlarında gün boyu kalan hipertansiyon tırında ve şehirlerde çok ziyaret edilen noktalar, hastaneler ve sağlık ocaklarında oluşturulan tarama noktalarında İl Sağlık Müdürlüklerince görevlendirilen hekim ve hemşireler tarafından gün boyu tansiyon ölçümleri yapılmıştır. Çalışmanın ilk sonuçları kampanyanın son günü olan 16 Mayıs 2008'te açıklanmış olup, bu tarih itibarı ile istatistiksel analizi tamamlanan 15180 kişinin ölçüm verisinde şu noktalar dikkat çekmekteydi:

- Tansiyonu ölçülenlerin yaklaşık yarısı 40-60 yaş grubundaydı.
- Tansiyon ölçümü yapılanların yaklaşık % 60'ının hipertansiyon tanısı vardı.
- Tansiyon ölçümü yapılanların yaklaşık % 12'si (n=1829) daha önce hiç tansiyon ölçtirmemişti.
- Tansiyonu ilk kez bu kampanya sırasında ölçülen erkeklerin % 31'inde kadınların ise % 23'ünde hipertansiyon sınırında değerler saptandı.
- Daha önce tansiyonu hiç ölçülmemişlerin yaklaşık % 10'unda tansiyon değerleri Evre 2 (>160/100 mmHg) ve üzerindediydi.

9. Halkın Sağlık Eğitimi Çalışmaları: Eğitici için "Eğitim Rehberleri" hazırlanmış ve il sağlık müdürlüklerine dağıtılmıştır. Üreme Sağlığı, Beslenme, Sağlık ve Sağlığın Korunması, Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma, Çocuk ve Ergen Sağlığı, İlk Yardım ve Ruh Sağlığı Modüllerinden oluşmakta olup eğitimlerin standartlaştırılmasına yönelik eğitici eğitimi planlanmaktadır. Ayrıca 81 İlden gelen Halkın Sağlık Eğitimi faaliyet raporlarının da standartlaştırılarak kullanılabilir veri elde edilmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir.

10. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı kapasite geliştirme çalışmaları kapsamında; Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi Birliği (IUHPE – International Union for Health Promotion and Education) ve Kanada Toronto Üniversitesi Sağlığın Geliştirilmesi Merkezi (Toronto University, Health Promotion Center) işbirliği ile 01-05 Eylül 2008 / Ankara'da Bakanlığımız ve il sağlık müdürlüğü katılımcılarına Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi düzenlenmiştir.

11. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi kapsamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Hastane Bilgi Sistemi düzenlemeleri devam etmekte olup kronik hastalıklar surveyanın iyileştirilmesi sağlanacaktır. Sistem verimli olarak çalışmaya başlayınca kadar ise yapılacak araştırmalar ile gerekli veriler elde edilecek olup bunun için gerekli bütçelendirmeler yapılmıştır.

12. DÜNYA SAğLIK ÖRGÜTÜ CINDI PROGRAMI (CINDI-Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Karşı Ülke çapında Entegre Müdahale) söz konusu programa ülkemizin katılabilmesi için gerekli ön çalışmalar başlatılmıştır.

**Kaynaklar:**

1. WHO, *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*, WHO, 2005
2. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı* Ankara 2008
3. *Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy*, WHO Sixty-First Health Assembly, Provisional agenda item 11.5, A61 18 18 April 2008
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye'de Sağlığa Bakış*, Ankara 2007
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004* Ankara Türkiye, Aralık 2006

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, AKREDİTASYON ve HASTA GÜVENLİĞİ

**Prof. Dr. H. Seval AKGÜN**

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı  
Başkent Üniversitesi Hastanesi ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Yönetim Temsilcisi  
Misafir Profesör, Oklohama Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Okulu

### **Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon için bu kadar ön plana çıktı?**

Son yıllarda büyük bir kalkınma uğraşısı içine giren, tüm dünyada ve bölgemizde oluşan yeni dengelere uyum sağlayabilme ve yeni gelişim olanaklarından yararlanabilme yolunda büyük bir çaba içine giren ülkemizde olumlu bazı gelişmelere karşın halen toplumun genel sağlık düzeyini gösteren göstergelerde pekte yüz güldürücü bir tablo söz konusu değildir. Halbuki günümüzün değişen dünya dinamiği içerisinde insanlar, düşünceler, sistemler ve kurumlar hızlı bir değişim süreci içerisine girmiş bulunmaktadır. Bu değişimin sonucunda da her alanda değişik gelişmelerle ve kazançlar elde edilmiştir. Bütün bunların yönetim alanına yansımalarıyla da birçok yeni anlayışla beraber Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ) felsefesi de ortaya çıkmış, sanayi ve hizmet sektöründe yaygın kullanım alanları bulmuştur. Bu gelişmelerin dışında tutulamayacak olan sağlık hizmetlerinde de yüksek ve pahalı teknoloji kullanımı, kalifiye personel çalışması, hizmet alanların(müşteri) daha kaliteli ve yenilikçi bir hizmet beklentisi içinde olmaları ve rekabet ortamının oluşmasından dolayı sağlık hizmetlerinde de kalite odaklı modern bir yönetim anlayışının benimsenerek uygulanması bir zorunluluk haline gelmiştir.

### **Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarının tarihçesi;**

Paris Louvre Müzesinde bulunan Babil Kralı Hammurabi'ye ait metinde "doktor, gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse 10 sikke, eğer hasta köleyse 2 sikke alır, fakat apse açılırken neşterin körlüğünden hasta görme duygusunu kaybederse doktorun eli kesilir" denilmesi tıbbi bakım konusundaki bir takım beklenti ve yaptırımların İ.Ö. 2000 yıllarına dayandığı belgelenmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında, ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD'de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistikî çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta sonuçların ne olduğuna yönelik bu tür çalışmalar ile bir anlamda kalite kontrolü olarak tanımlayabileceğimiz girişimler, sağlık harcamalarındaki hızlı artışın da etkisiyle bundan sonra uygulanacak hizmetlere alt yapı oluşturmuştur.

1965 ile 1990 yılları arasında, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların, özellikle ABD'de, hızla ortaya çıktığı görülmektedir. Müşteri odaklı olmayan ve genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımına dayalı düzenlemeler yapan bu organizasyonlar, hekimler tarafından gösterilen direnç nedeniyle, yeterli düzeyde bir başarı sağlayamamışlardır. Deming, Crosby, Juran gibi araştırmacılar tarafından tanımlanan ve daha önceki yıllarda sanayi kuruluşlarında başarıyla uygulanmış olan Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sağlık sektörüne adapte edilmesini amaçlayan proje çalışmaları başlatıldı. 1987 yılında, Harvard Üniversitesi öncülüğünde yürütülen National Demonstration Project ve daha küçük ölçekli diğer benzer projelerde elde edilen başarılar, SKİ'nin sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmasını sağladı.

Özellikle 1990 yıllarında sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların öncelikle Amerika Birleşik Devletlerinde ortaya çıkmasını daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımı gerçekleştirmiştir. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarının verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yönelmiştir.

**Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı** ; Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı uluslar arası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hasta ihtiyaç ve beklentilerinin tam olarak karşılanması olarak tanımlanabilir.

**Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarını diğer sektörlerdeki kalite çalışmalarından temel farklılıkları şu şekilde özetlenebilir.**

Temel farklılık kalite hizmetlerinden ziyade sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerle görece farklılıklarından meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerini piyasanın diğer sektörlerinden ayırmak gerekmektedir. Çünkü bu sektörün aşağıda bahsedilen kendine has özellikleri bulunmaktadır;

- Hizmet doğrudan doğruya insandan insanadır.
- Müşteri ile hizmeti veren arasında doğrudan bir ilişki vardır.
- Hizmetin zamanında yapılması esastır.
- Hizmet kusursuz ve mükemmel olmalıdır.
- Hizmette verimliliği ve başarıyı ölçmek çok zordur.
- Hizmeti gerçekleştirirken dış etkenler nedeniyle sosyal problemler fazladır.

Ancak, kalite hizmetlerinin ana unsurları her endüstri, sektör, sağlık, eğitim kuruluşu ya da uygulandığı ortamın özelliklerine bağlı olarak farklılıklar göstermekle beraber, bütün uygulamalarda ortak bir takım unsurların bulunduğu söylenebilir. Hepimizin bildiği gibi Sürekli Kalite İyileştirme(SKİ) uygulamalarının temel bileşenleri;

- Hedef ve stratejilerin açık ve somut olarak ortaya konması
- Bireysel ve kurumsal performans standartlarının tanımlanması
- Sürekli performans ölçümü ve geri besleme mekanizmalarının kurulmasıdır.

**Akreditasyon, sertifikasyon ya da ruhsatlandırma bunlar aynı anlamları taşıyan kavramlar mıdır? Bu kavramlar birbirleri yerine kullanılabilirler mi?**

Konunun dışındaki bir kişinin sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyon terimleri ve mekanizmaları hakkında kafasının karışması çok doğaldır. Genel olarak, sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyonun her üçü de değerlendirme ve aynı zamanda organizasyonları (ve kişileri) kalite için ödüllendirme ve inceleme yöntemidir. Bununla birlikte akreditasyon bir sağlık kuruluşunun ağır bir dizi performans standardını izlemesini ve eksternal değerlendirmeye ek olarak kendisini ayrıntılı bir öz değerlendirme sürecine konu etmesini gerektiren tek yöntemdir. Hem ruhsatlandırma, hem de sertifikasyon aynı değerlendirme prensiplerine sahiptir. Bir organizasyon, değerlendirme kuruluşuna yeteneğini göstermek ve değerlendirici kuruluşun koymuş olduğu standartları karşılamış olduğunu kanıtlamak zorundadır. Bu nedenle bu üçü arasındaki fark değerlendirme işleminin şiddetine ve incelemenin organizasyonun tüm yönlerinin kapsamlı olarak olaya katılıp katılmadığına bağlı olarak değişmektedir. Akreditasyon söz konusu olduğunda süreç ve standartların daha zor ve doğası gereği daha kapsamlı olduğu bilinen bir gerçektir.

Bu nedenle sertifikasyon, bir tesis, ürün ya da profesyonelin minimum standartlara erişme derecesinin saptandığı süreç olarak tanımlanabilir. Örneğin, bir organizasyon özel bir topluma hizmet sunan ya da e-egitim kurumu olarak sertifikaya olabilir. Benzer şekilde, bir birey de belirli bir sınavı geçerek sertifikaya olabilmektedir. Bir birey için sertifikasyon, denetçi, sayman ya da eğitmen olarak sertifikaya olmak anlamında da olabilir. Bu nedenle, sertifikasyon özel bir amaca yönelik gerçekleştirilir ve ileriye yönelik izlemenin olduğu bir ortamda, özgül bir etkinlik sırasında sertifikaya edilen varlık/olay ile karşılaşması için yapılır. Sertifikasyon belirli bir varlığın/olayın rolleri ve sorumluluklarının üzerine bir "ekleni"dir. Örneğin, bir spor hekimliği merkezi olarak sertifikaya olmuş olan bir organizasyonu tercih ederse, ek sertifikasyon ya da ruhsatlandırma gereği olmadığı sürece, hala başka alanlarda da hizmet sunmak olanağına sahiptir.

Ruhsatlandırma akreditasyondan çok sertifikasyona benzemektedir. Yine tüm varlık/olaylarda, bireylerde,



organizasyonlarda ve gruplarda hedeflenmektedir. Bu nedenle ruhsatlandırma benzer biçimde, bir yapının, organizasyonun ya da profesyonelin minimum gerekliliklere ulaşma ölçüsünün incelenmesi sürecidir şeklinde tanımlanabilir. Ruhsatlandırma yine ileriye yönelik bir işlemdir. Ruhsatlandırılmış varlık/olayın belirli bir etkinlik ile karşılaşmasında yetkinlik konusunda bir ayrıcalık verilmiştir. Bununla birlikte sertifikasyonun tersine, ruhsat olmadan bir varlık/olay lisansın gerekli olduğu etkinliği uygulamaktan men edilmiştir. Bu nedenle ruhsatlandırma genellikle bir mesleğin uygulanmasının ya da yararlanıcıya veya alıcıya potansiyel bir riski olan eylemin kontrolü için devreye konmuş ve hükümet tarafından himaye edilen bir etkinliktir. Örneğin, bir organizasyon ruh sağlığı merkezi olarak ruhsatlandırılmış ise, o halde başka bir etkinliğe izin veren diğer bir ruhsatı yoksa yalnızca ruh sağlığı merkezi olarak etkinlik gösterebilecektir. Yani ruhsatlandırma zaman ile sınırlanmıştır ve genellikle yıllık olarak yenilenebilir özelliğindedir ve toplumda yalnızca aidatlarının ödenmesi ve iyi durumda olmayı gerektirmektedir. Bununla birlikte ruhsatlandırma olası ihlaller açısından sıkıca izlenmektedir. Kurum tarafından bir ihlal oluştuğunda ruhsat iptal edilebilir ya da askıya alınabilir ve yalnızca aynı yönetsel ajans tarafından iade edilebilir (genellikle bu emsallerinden oluşmaktadır). Yine de bir ruhsatlandırma, bunsuz bir kurumun lisansın zorunlu olduğu özgül bir etkinliği yapamayacağı şekilde isteğe bağlı olabilir. Geçerli bir ruhsatı olmayan bir hekimin hasta görememesi de belirgin bir örneği oluşturmaktadır. Bu nedenle teknik olarak söyleyecek olursak, yetkilenmiş hekimler mesleklerini uygulamaya kalkışmadıkları sürece ruhsat almaya zorunlu değillerdir.

Akreditasyon birincil olarak bireylerden, bölümlerden ya da ünitelerden çok organizasyonlar için uygulanmaktadır. Akreditasyon, kendisi aracılığıyla eksternal akredite edici bir yapının bir sağlık organizasyonunu oluşturan anahtar sistemlerin ve proseslerin kalitesini değerlendiren zorlu ve kapsamlı bir inceleme işlemidir. Akreditasyon aynı zamanda sağlık organizasyonlarının koruyucu hizmetler ve müşteri memnuniyeti gibi önemli alanlarda verdiği bakım ve hizmetlerin bir değerlendirmesini de içermektedir. Akreditasyon, sağlık kuruluşları hakkında standardize, objektif bilgi gereksinimi sonucunda geliştirilmiştir. Hemen hemen tüm akreditasyon programları isteğe bağlıdır. Kuruluşlar değişik nedenlerle akreditasyon aramaktadırlar. Ancak çoğunluk pazar paylarını artırmak, müşteri memnuniyeti kazanmak ve profesyonel saygınlık edinmek için bunu yapmaktadırlar. Ancak her durumda akreditasyon isteğe bağlıdır.

Ulusal Arası Sağlıkta Kalite Derneği (1998) akreditasyonu şöyle tanımlamaktadır:

...Sağlık kuruluşlarınca, önceden saptanmış standartlara göre kesin olarak kendi performans düzeylerini değerlendirmek için kullanılan bir öz değerlendirme ve eksternal emsal değerlendirme sürecidir. Kalite standartları ve eksternal emsal değerlendirme süreci ulusal düzeyde tanınmış, otonom, bağımsız akreditasyon ajansları tarafından toplum için sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek vaadiyle yönetilir.

Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konsülü [The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)] akreditasyonu, sağlık hizmetleri organizasyonlarının performans düzeylerini tam olarak saptamak üzere kullanabilecekleri az sayıdaki ve en etkili ölçekten biri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sistemini sürekli olarak iyileştirmeye yönelik yollar üzerine odaklanmış olan bir emsal değerlendirme ve öz değerlendirme sürecidir. Her sağlık organizasyonunun performansı akredite edici organizasyonun sağlık sisteminde kilit rol oynayan birim ve bağlantılı karar vericilerle iş birliğinde koymuş olduğu bir dizi ulusal standart karşısında değerlendirilmektedir.

### **Akreditasyonu hangi kuruluşlar yapar? Bu konuda uluslar arası arenada başlıca aktörler kimlerdir?**

Uluslar arası alanda hizmet veren pek çok akreditasyon kuruluşu bulunmaktadır.

Bunlardan bazıları birincil olarak özel kar amacı gütmeyen ve ulusal hükümetlerinin ve o sistemdeki sağlık bakımı anahtar oyuncularının desteğini almış organizasyonlarken, bazıları da belirli ülkelerin sponsorluğundadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde dört adet ana akreditasyon ajansı bulunmaktadır. Bunlardan her biri bağımsız olup, özel bir yönde eğilimleri bulunmaktadır.

Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde ayaktan tanı ve tedavi hizmeti veren kuruluşlar Ambulatuvar Sağlık Bakımı Derneği [Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)] ya da Kullanımın Gözden Geçirilmesi Akreditasyon Komisyonu [Utilization Review Accrediting Commission (URAC)] ya da şimdilerde Sağlık Organizasyonları

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

---

Akreditasyonu Ortak Komisyonu [Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)] tarafından akredite edilirken, hastaneler JCAHO tarafından akredite edilir. Yönlendirilmiş bakım organizasyonları Kalite Güvencesi Ulusal Komitesi [National Committee on Quality Assurance (NCQA)] gibi organizasyonlar ya da diğer üç ajans olan JCAHO, AAAHC veya URAC'tan biri tarafından akredite edilir.

Uluslar arası alanda akreditasyon, temel olarak bir hükümet ajansı tarafından gerçekleştirilmekte ya da Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Kanada Konsülü [Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)] veya onun Avustralya, Endonezya, Avusturya, Arjantin'deki karşılıkları gibi yarı resmi bir ajans tarafından gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte her durumda bu akreditasyon kuruluşları hem uzmanlardan hem de özel sektör ve akademiler gibi sağlık sistemindeki diğer sektörleri temsil eden bağımsız ajanslardan oluşan bir kurul tarafından yönetilmektedir.

### **Akreditasyon işlemini biraz açar mısınız?**

AAAHC (1999)'a göre, akreditasyon sertifikası değerlendirme işleminin en görünür sonucudur. Bununla birlikte akreditasyonun en önemli değeri sağlık organizasyonunun programa katılımı devam ettiği sürece kazandığı sürekli olan öz değerlendirme ve emsal değerlendirmede yatmaktadır. Akredite olmak isteyen kuruluşların öncelikle tüm hizmetleri ve etkinliklerini içeren bir öz (internal) değerlendirme yapması gerekmektedir. Arzu edilen akreditasyonu gerçekleştiren organizasyonlardan elde edilen standartlar ile bu öz değerlendirmenin yapılmasıdır. Kuruluş, bu değerlendirmenin sonuçlarına göre kendisini akredite edecek kurumu eksternal değerlendirmeyi yapmak üzere davet edebilir.

Elbette her akreditasyon kurumunun farklı bir akreditasyon sistemi ve farklı akreditasyon kararları vardır. Örneğin JCAHO'un yedi akreditasyon düzeyi bulunmaktadır. Bunlar:

- Takdirle ya da mükemmellikle akredite edilmiştir
- Gelişime dair önerilerle akredite edilmiştir
- Gelişime dair öneriler olmadan akredite edilmiştir (akredite)
- Geçici akreditasyon söz konusudur
- Şartlı akreditasyon söz konusudur
- Başlangıç olarak akredite edilmeyen
- Temyizde karşı karar söz konusudur.

Diğer taraftan NCQA (1999)'nın yönlendirilmiş bakım organizasyonları için şu beş düzeyi bulunmaktadır:

- Mükemmel
- Övgüye değer
- Akredite
- Geçici
- Reddedildi

### **Neden akreditasyon?**

Dört dekattan fazla bir zamandır akreditasyon, bir sağlık organizasyonunun sunduğu bakım hizmetlerinin kalitesi için alabileceği, toplum tarafından onaylanmışlığın en üst noktasıdır. Akreditasyon toplum tarafından onaylanmışlığın yanı sıra bir sağlık kurumuna niceliksel olduğu kadar elle tutulamayan da bazı yararlar sunmaktadır. Akreditasyon gerçekte bir kurumun stratejik yönetsel karar verme prosesini geliştirmektedir (AAAHC, 1999).

Akreditasyonun amaçları aşağıdaki kategorilerde özetlenebilmektedir:

- Müşterilerin talebi
- Performans ölçümü
- Standardizasyon ve değişken kontrolü

- Referans oluşturmak
- Raporlama kartları
- Kalite iyileştirme
- Pozitif rekabet
- Ödül ve Onaylanma
- Etkililik

Asıl olarak akreditasyon, müşteriye karşılaştırılabilir bilgi sağlamak amacı için bir kurumun kalite değerlendirme süreci olarak tanımlanabilir.

Akreditasyon standartları olabildiği kadar ölçülebilir geliştirilir. Bu standartlar değişik fonksiyonları takip eder ve sağlık bakım organizasyonunun performansını ve sahip olduklarını birimlendirir. Standartlar, bakım süreciyle ve sağlık bakımı süreci tarafından icra edilen hizmetlerin yapısı ile direkt ilişkili uzman grubu tarafından yıllık olarak geliştirilir ve güncellenir. Bundan dolayı bu standartlar, sunmayı iddia ettiği hizmetler ve bakımın farklı açılarından sağlık bakım organizasyonunun performansını ölçmek için geliştirilmiştir. Bu standartlara uyum, böyle bir organizasyonun performansının bir akreditasyon kurumu tarafından ölçüldüğünü gösterir. Şüphesiz uyum, akreditasyon kuruluşunda onay mühürünün alınması sağlık bakımı organizasyonu için tatmin edici olabilir ve bu yolla akreditasyon kuruluşu özellikleri yapı ve süreç alanlarında, değerlendirdiği kuruluşun performansını ölçtüğünü gösterebilir.

Akreditasyonun temel aktivitelerinden birisi sağlık bakımı sunan kurumun karşılaması gereken standartları karşılamasını sağlamaktır. Bu standartlar genellikle özenli bir şekilde uzmanlar tarafından geliştirilmiş standartlardır. Bu standartlar sayesinde akreditasyon ajansı, sağlık bakımı sunan kurumun kalitesini ölçebilir. Bundan dolayı bu standartlar daha sonrasında, kurumun performansını ölçen ve akreditasyonu başaran mihenk taşı olacaklardır. Değerlendirme sürecinde objektifliği sağladığından dolayı standardizasyon önemlidir. Bu olay çıktıların kontrol edilmesi ve performansın karşılaştırılması için de bir mekanizmadır. Belirli standartların sağlanması, sağlık bakım organizasyonunun "akredite olabilirliğini" mümkün kılar ve şu anki performansı ile istenilen arasındaki varyasyonları azaltır. Standardizasyon, beklentileri kontrol ederek, çıktıları tahmin ederek ve etkili bütçeyi kolaylaştırarak maliyetin kontrol edilmesinde de faydalıdır.

Kalite geliştirme döngüsüne göre akreditasyon, döngünün her basamağına, kalite gelişimi dâhil, uyarlanır. Akreditasyon süreci değerlendirmeyi vurgular, fakat bu tarz değerlendirmelerin çıkışına dayalı gelişmeyi de cesaretlendirir. Organizasyonların geliştirme projelerine de başlamayı destekler. Yeni akreditasyon standartlarının çoğu, gelişim fırsatlarını tanımlayan kapasitelerini göstermek ve ilerleme ve gelişim süreçlerinin başlatmak için sağlık bakımı sunan kuruluşlara çağrı yapmaktadır. Akreditasyon ajansları, tanımlama işleminden şu anki ilerlemelerin ve sonrasında onların devamlılığını sağlayan uygulamalar ve gelişim fırsatlarının seçim analizine kadar, "döngüyü kapatmada" ki deneyimini gösteren organizasyonlara pozitif cevap vermektedir. Bundan dolayı akreditasyon, sağlık bakımı sunan kuruluşların sürekli iyileştirme çabalarını desteklemekte ve bu organizasyonlara daha yüksek seviyede sorumluluk getirmektedir.

Akreditasyon sağlık bakımı organizasyonları arasında karşılaştırma mekanizması sağlamaktadır. Özellikle "övgüye değer" veya "mükemmel" durumunda olan akreditasyonu başarmış organizasyonlar, pozitif imaja sahip olacaktır ve ona dayanarak o üstünlüğü hizmetlerini pazarlama için kullanacaktır. Akreditasyon bundan dolayı pozitif pazarlama aracı olarak kullanılabilir ve sağlık bakımı organizasyonları arasında pozitif değer arttıran yarış aracı olarak kullanılabilir. Akreditasyonun başarısıyla örnek olan kaliteye dayalı yarış, ücretsiz yarışın bir formudur ve bu form pozitif bir yarıştır. Akreditasyonun bu tipi, her birinin performansındaki zayıflığı veya saldırı karakterini bulmaya çalışan yerdeki politik adaylar arasında ve adaylarla sergilenen yarış tipinin tersinedir. Diğer bir taraftan pozitif bir yarış, benchmarkingi ve sizin yarışçılarımızın pozitif özelliklerini tanımlamayı, organizasyonunuzdaki bu sıfatların seviyesi daha iyi olsa bile başarmanızı cesaretlendirir. Mükemmeliyet için sürekli araştırma süreci ve kendi sistemindeki mükemmeliyeti taklit etmek için mekanizmadır. Akreditasyon bu süreci hızlandırır ve cesaretlendirir.

Daha önceden belirtildiği gibi akreditasyonu almak, organizasyonun kendisinin onay mühürünü almaktır. Bu onay

sertifikası genellikle kıymetli bir bildiridir ve onu destekleyen güçlü bir pazarlamadır. Hem organizasyon hem de çalışanları için ödüllendirici ve yararlıdır. Akreditasyon, organizasyonun başarılı olması için yoğun çalışmış olguların ödüllendirilmesi için de bir mekanizma olarak kullanılabilir. Kalitenin ispatı ve organizasyonlar arası emsal onayının da yöntemiştir.

Kalitenin birçok boyutu vardır. Bu boyutlardan iki tanesi organizasyonun amaçlarını zamanında ve maliyet-yararlı şekilde kazanma becerisiyle ilişkilidir. Bundan dolayı bir organizasyonun kaynaklarını en uygun yolla kullanma becerisi, kalitenin önemli boyutlarından biridir. Benzer şekilde bir organizasyonun amaçlarına ve hedeflerine zamanında ulaşabilme becerisini gösterebilmesi etkili bir organizasyonu oluşturur ve bundan dolayı kalitenin sürekli iyileşme boyutunu karşılar. Akreditasyon kaliteye benzer bir şeydir. Akreditasyon organizasyonun etkili olmasını ve kaynaklarını en etkili şekilde kullanmasını ister. Sağlık bakım organizasyonunun akreditasyonu başarabilmesi için etkililiğini ve görevleri, amaçları ve hedefleri ile ilgili projeleri tamamlamadaki etkinliğini göstermesi gereklidir. Etkinlik ve etkililik uygulanmalı ve organizasyonun akreditasyonu alabilmesi için dokümente edilmiş şekilde ispatlanmalıdır.

### **Akreditasyon kurumlara neler kazandırmaktadır?**

JCAHO (1999), NCQA(1999 ve AAAHC (1999)'e göre akreditasyonun bazı faydaları

- Toplumun güvenini artırır
- Halk için yapılan işlemlerin çıktılarının değerlendirilmesini yani bir tür “karne” olmayı sağlar
- Organizasyonun performansının değerlendirmesinde tarafsızlık sunar
- Organizasyonun kalite geliştirme çabalarını hızlandırır
- Profesyonel eleman alımına yardım eder
- Elemanların eğitiminde araç olarak kullanılabilir.
- Belirli hükümet sertifikasyon gerekliliklerini karşılamak için kullanılabilir
- Sigorta ödemelerini kolaylaştırır
- Lisans gerekliliklerini sıklıkla yerine getirir
- Sigorta prim yükümlülerini uygun bir tarzda etkileyebilir
- Bakım yönetimi sözleşme kararlarını uygun bir şekilde etkiler
- Sunulan hizmetlerin ve bakımın gelişmesi için yeni yollar bulur
- Organizasyonun etkinliğini artırır ve maliyetlerini azaltır
- Çalışmaları motive eder ve övücü ve sadakati artırır
- Halkla ilişkileri ve pazarlama çabalarını kuvvetlendirir
- Kaliteli profesyonel eleman adaylarını bulur ve tutar
- Diğer hizmet sunucu gruplarla ve sağlık bakımı organizasyonlarıyla ittifaklar geliştirir

Akreditasyon 40 yıldan fazla bir süredir sağlık hizmeti sunan kurumların izlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Akreditasyonun başarısının nedenini gönüllülük ilkesine dayanması, öz değerlendirme olarak tanımladığımız kendi kendini değerlendirme ile tarafsız emsal değerlendirme sürecine sahip olması olarak tanımlayabiliriz. Ayrıca başarısının bir diğer nedeni de akreditasyonu yüksek kalitede sürekli bakım hedefini ortak yansıtmayı temin eden kolektif ve işbirlikçi şekilde çalışan profesyonel grup çoğunluğunun sürekli olarak katılımına ve desteğine borçludur.

Bu süreç, sürekli gelişimi ve kalitenin enstitüleşmesini temin eden potansiyele sahiptir. Belirli özendirici olaylarla kalite aktiviteleri devamının değeri artmaktadır ve akreditasyon bu tarz özendirici şeylere örnektir. Performans ölçümü ve sorumluluk devrinde, akreditasyon gibi standartlara uyumu cesaretlendiren mekanizmalar kesinlikle dönemin ihtiyacı olanlardır. Dünyadaki ülkelerin artan ve ciddi bir şekilde bu tarz aktivitelere ilgi duyması yapılacak bir şey değildir.

### Hasta Güvenliği nedir?

Teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları (tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır.

Ancak hasta güvenliği gerçek anlamda 1960'lerden beri sağlık dünyasının gündemine girmiştir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların 1990'lı yıllarda başladığını görüyoruz. Hasta güvenliğinin öncelikli sorun haline getirilmesi ise 2000 yılında "Institute of Medicine"nin yayınladığı iki rapor sonucu olmuştur. Bu raporların sonucu, dünyanın bu konular üzerine odaklanmasına yol açmıştır.

Çağdaş sağlık hizmetinin özellikleri olarak sıralanan, hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli gibi maddeler arasında yer alan "güvenli" maddesi, sağlık hizmetinin kendisinin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla "hasta güvenliği" kavramını sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı şeklinde tanımlayabiliriz.

Hasta güvenliği kavramını tıbbi bakım ve medikal hatalara bağlı oluşabilecek, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olayların olmaması ya da, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı şeklinde de tanımlayabiliriz.

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapılanmaları değişik sağlık profesyonelleri ile farklı ve karmaşık süreçlerle sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olma potansiyellerine sahiptirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kurumlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği, beceri yetersizliği gerekse alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Ayrıca personelin iş yükü de hataların ortaya çıkmasında diğer önemli nedenlerden bir diğeridir. Günün yirmi dört saatinde hizmet sunan bu kuruluşlarda personel değişik shiftlerde çalışmak zorunda kalmakta bu da çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hataların artışına yol açmaktadır. Bu arada özellikle üniversite hastanesi olarak görev yapan hastanelerde öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan eğitim döneminde olan bu kişilerin uygulamaları sırasında mutlaka uzman doktorların gözetimi altında bu hizmeti sunuyor olsalar da tıbbi hataların artışının önüne geçilememektedir.

Tıbbi hata "Institute of Medicine" tarafından planlanan bir aksiyonun tamamlanması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planlama yapılması olarak tanımlanmaktadır. (1). Tıbbi hatalar pratik uygulamalar sırasında, süreçte, sistemde veya çıktılarda olabilir. Hatalar yanlış uygulamaları kapsayabileceği gibi; örneğin yanlış ilaç uygulaması, yetersiz antibiyotik dozu verilmesi v.b. akut miyokard enfaktüsü bir hastaya aspirin veya benzeri bir trombolitik ajanın verilmemesi şeklinde olabilir .

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında yayınladığı bir rapora göre dünyada her 10 hastadan biri herhangi bir nedenle tıbbi bakıma yönelik yapılan bir hata nedeniyle ciddi şekilde yaralanmaktadır.

2000 yılında "Institute of Medicine" yayınladığı Harvard Medical Practice Study araştırması ve Utah ve Colorado eyaletlerinde yapılmış iki ayrı retrospektif çalışmaya dayanan bu raporlarda ABD'de 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucu öldüğü bildirilmiştir. 98.000 ölüm ile, " doğrudan tıbbi hatalara bağlı" ölümlerin ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğunu ve bunun da motorlu taşıt kazaları (43.458), diyabet ve komplikasyonları, AIDS(16,516) ve meme kanserine bağlı ölümlerden(42.297) sayı olarak daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir . Rapor diğer toplumlarda ve siyasi çevreler de yankılar uyandırmış, Avustralya ve İngiltere de kısa sürede benzer çalışmalar yapılmıştır. Her iki ülkeden de benzer sonuçları içeren raporlar sunulmuş ve böylelikle de tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğuna, fikir birliğine varılmıştır.

Konu ile ilgili yapılan pek çok çalışma değerlendirildiğinde örneğin: 31.000 yatarak tedavi gören hastayı kapsayan Harvard çalışmasında hastaların % 4'ünün hastaneden kaynaklanan nedenlerden dolayı hastalandığını, bu olayların % 15'inin ölümlerle sonuçlandığını, % 70'inin ise kısıtlılık oluşturacak değişik hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir .

Tıbbi hataların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi ve transfüzyon hataları gibi sorunlar gelmektedir. Bu hataların dağılımına baktığımızda Sağlık Bakımı Organizasyonları'nın Akreditasyonu'nda Birleşik Komisyonu'na (JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesinde hataların % 12,8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlara bağlı ortaya çıktığı, % 12,5'inde yanlış taraf ameliyatı uygulamasının olduğu, % 10,5'inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, % 7,6'sının tedavide gecikmelerden kaynaklandığını, % 5,2'sinin hasta düşmeleri, % 3,9'u ölümler, % 3,1'i perinatal ölümler, % 2,7'si transfüzyon reaksiyonları, % 1,9'u hastane enfeksiyonları, % 1,9'u yanıklar, % 1,6'sı anesteziye bağlı komplikasyonlar, % 1,4'ü uygulanan aletlerin kalibrasyonu ya da güvenli kullanılmaması gibi nedenleri ve % 1,3'ünün de anne ölümleri gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

A.B.D'lerinde Kolarado'da "Health Grades" tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise Amerikadaki hastanelerde 195.000 kişinin önlenebilir nedenlerle hayatını kaybettiği bildirilmekte olup bu " Institute of Medicine" rakamlarının en az iki mislini oluşturmaktadır."Health Grade" çalışması Institute of Medicine çalışmasında yer almayan hastane enfeksiyonlarına bağlı ölümleri de kapsamaktadır ki hastane enfeksiyonlarına bağlı görülen ölümler hasta güvenliği açısından son derece önemli bir grubu oluşturmaktadır. Aynı çalışma da Medicare verileri değerlendirilmiş 37 milyon yatarak tedavi hizmeti almış hastalarda 14 milyon hastanın hasta güvenliği ile ilgili olaylara maruz kaldığı saptanmıştır(5).

Bu sonuçlara göre olayın ekonomik boyutunu ise şu şekilde özetleyebiliriz;

37 milyar dolarlık toplam bütçenin 17 milyar doları önlenebilir hatalara bağlı kayıplardır. İnsana bağlı yani özelliikle insan vücudunda kişinin yaşam kalitesini etkileyecek ciddi kayıplar ya da ölümün maliyeti ölçülemez. Bu arada hastane yatışlarının % 2'sinde istenmeyen ilaç hataları ile karşılaşılmasına bağlı olarak hastanede ortalama yatış gün sayısının 4.6 gün daha uzadığı ve bu durumun hasta başına hastaneye 4700 dolarlık bir maliyet artışına yol açtığı bilinmektedir. Yukarıda sunulan tüm bu rakamlar insanların sağlık sistemlerine güvenlerini de etkilemekte, hem hastaların memnuniyetini hem de sağlık çalışanlarının mesleki doyumları üzerine son derece olumsuz etkileri olmaktadır.Bu hataların ortaya çıkması ile hastalar hastanelerde daha uzun süre kalmakta bu durumda memnuniyetsizliklerini artırmaktadır. Sağlık personelinde moral düşüklüğüne neden olan olaylar, iş gücü kaybına, işe ve okula devamsızlıklara neden olmakta sağlıksız toplumların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Yukarıda sunulan tüm bu rakamlar insanların sağlık sistemlerine güvenlerini de etkilemekte, hem hastaların memnuniyetini hem de sağlık çalışanlarının mesleki doyumları üzerine son derece olumsuz etkileri olmaktadır.Bu hataların ortaya çıkması ile hastalar hastanelerde daha uzun süre kalmakta bu durumda memnuniyetsizliklerini artırmaktadır. Sağlık personelinde moral düşüklüğüne neden olan olaylar, iş gücü kaybına, işe ve okula devamsızlıklara neden olmakta sağlıksız toplumların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Hasta güvenliğini değerlendirmeye yönelik programlar çerçevesinde ABD'den sonra İngiltere ve Avustralya'dan da benzer raporların bildirilmesi sonucu, tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğu konusunda fikir birliğine varıldı. Tıbbi hatalar artık sağlık sisteminin doğrudan bir kalite göstergesidir.

### **Sonuç ve öneriler**

Değişen müşteri beklentileri ile hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve performans ölçümleri her zaman birbirini tetikleyen, doğru ölçümlerle, doğru işlerin yapılması yolunda sürekli kalite iyileştirme çalışmaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hastaneler ve diğer hizmet işletmeleri, rekabette ayakta kalabilmek için rakiplerle arasında fark yaratacak şekilde kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarf etmelidirler.

Bu bağlamda akreditasyon 40 yıldan fazla bir süredir sağlık hizmeti sunan kurumların izlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Akreditasyonun başarısının nedenini gönüllülük ilkesine dayanması, öz değerlendirme olarak

tanımladığımız kendi kendini değerlendirme ile tarafsız emsal değerlendirme sürecine sahip olması olarak tanımlayabiliriz. Ayrıca başarısının bir diğer nedeni de akreditasyonu yüksek kalitede sürekli bakım hedefini ortak yansıtmayı temin eden kolektif ve işbirlikçi şekilde çalışan profesyonel grup çoğunluğunun sürekli olarak katılımına ve desteğine bağlıdır.

Bu süreç, sürekli gelişimi ve kalitenin enstitüleşmesini temin eden potansiyele sahiptir. Belirli özendirici olaylarla kalite aktiviteleri devamının değeri artmaktadır ve akreditasyon bu tarz özendirici şeylere örnektir. Performans ölçümü ve sorumluluk devrinde, akreditasyon gibi standartlara uyumu cesaretlendiren mekanizmalar kesinlikle dönemin ihtiyacı olanlardır. Dünyadaki ülkelerin artan ve ciddi bir şekilde bu tarz aktivitelere ilgi duyması yapılacak bir şey değildir.

#### REFERANSLAR

1. Donabedian, A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Mick: Health Administration Press, Ann Arbor, (1980).
2. Dale, B., Plunkett, J.J., *Managing Quality*, Philip Allan Co., New York, (1990).
3. Donabedian, A., "The quality of care, how can it be assessed?" *JAMA*, 260(12) (1988).
4. Akgün S., Haksever A., Akçel S., Güray Ş., Erdal R., "Applying Quality Management to Healthcare Quality for Business Transformation- Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century". *Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors,India, Sayfa 550-558, Ocak 1999*
5. Akgün S., Haksever A., Haberal C., Tokaiaç İ., Erdal R., Haberal M., "Strategies and Obstacles in Quality Management: The Experience of a Hospital Network in Turkey". *Global Engagement in Creating Financially Viable Healthcare Systems Proceedings*, pp: 195-203
6. Akgün S., *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme ve Başkent Üniversitesi Örneği*, Türk Standartları Enstitüsü *Standart Dergisi*, 2005
7. Martin D. Merry, MD, & Michael G. Crago, PhD, *The Past, Present and Future of Health Care Quality*, Urgent need for innovative, external review processes to protect patients, September/October 2001, *The PhysicianExecutive*.
8. Blumenthal, D., *Applying Industrial Quality Management Science to Physicians' Clinical Decisions, Improving Clinical Practice, Total Quality management and the Physician*, Jossey-Bass Inc., New York, (1995).
9. A.F.Al-Assaf, Akgün S., *Sağlık Hizmetlerinde Sertifikasyon, Rüksatlandırma ve Akreditasyon*, *Hospital Life, Hastane forumu, Mart-Nisan 2006*
10. *Licensing and Certification of Health Facilities and Referral Agencies*, Register 90, No 14-19: 90, pp=759838
11. A.F. Al-Assaf, Akgün S., *Hasta Güvenliği ve hasta güvenliği indikatörleri*, *Hospital Life, Hastane forumu, Ocak-Şubat 2007*
12. *JCAHO (1999)*, <http://www.jcaho.org>
13. *NCQA (2003)*, *The National Committee on Quality Assurance*, Washington DC, <http://www.ncqa.org>
14. *CCHSA (2003)* *Canadian Council on Health Services Accreditation*, Ottawa, Ontario, Canada, <http://www.cchsa.ca>
15. *AAAH (2003)*, *The Accreditation Association for Ambulatory Health Care*, Washington, DC, <http://www.aaahc.org>
16. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*, CAMH Update 4, (November 2005)
17. *CMSI (2003)*, *The Centres for Medicare and Medicaid Managed Care*, Rockville, Maryland, <http://hcfca.gov>
18. *URAC (2003)*, *American Accreditation Healthcare Commission*, Washington, DC, <http://www.urac.org>
19. *ISQua (2003)*, *International Society for Quality in Healthcare*, Victoria, Australia, <http://www.isqua.org.au>
20. *Institute of Medicine, To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Washington DC: National Academy Press, 2000).
21. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, <http://www.nap.edu/openbook/0309068371/html/1.html>, copyright, 2000 The National Academy of Sciences
22. *Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff*, National Patient Safety Agency, Second print April 2004
23. News release WHO 2005 Available at: F: DOC:Media:NEWSREL/2005/JCAHO news releases WHO final.doc
24. Gonzalez, Rose *More Facts on Medical Errors*, *AJN* 2004; 104(10):33.
25. Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldman EB., *Adverse events in primary care identified from a risk-management database*, *J Fam Pract*, 1997; 45(1):40-6.
26. Edworthy J., H.S., H.E., S.D., *Patient safety*, *Ergonomics*, 49(5-6):439-43;2006
27. *JCAHO (2003)*, <http://www.jcaho.org>
28. *Evolution of Performance Measurement at the Joint Commission 1986-2010*, <http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/visioning+document.htm> (29.12.2005)

## HALK SAĞLIĞI ASİSTAN OTURUMLARININ DÜNÜ, BUGÜNÜ VE GELECEĞİ

Halk Sağlığı Asistanları Adına  
**Araş. Gör. Dr. Emine BARAN**  
Ankara ÜTF Halk Sağlığı A.D.

Halk Sağlığı Asistanlığı; yolu asistanlıktan geçmiş ve geçmekte olan, ayrıca yüksek lisans ve doktora ile Halk Sağlığıyla kesişen herkesi kapsadığından büyük bir gücü temsil eder. Tarihsel olarak başlangıcı 2004 kabul edilebilecek olan "Halk Sağlığı Asistan örgütlenmesi ile sonrasındaki Asistan Oturumları" süreci de bu güçten ama en çok da Halk Sağlığı asistanlarından destek alarak gelişmiştir. Bu yazıda bu sürecin gücü ve içeriği anlatılmaya çalışılacaktır.

2004'te İzmir'de düzenlenen Güz Okulu'na katılan asistanlar tarafından 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sunulmak üzere Halk Sağlığı araştırma görevlilerine uygulanacak, istihdama ilişkin bir araştırma planlanmıştır. Kongrede de; Halk Sağlığı asistanları adına Araş. Gör. Dr. Hatice Giray'ın yaptığı "Halk Sağlıksız Bırakılıyor" başlıklı basın açıklamasında; Halk Sağlığı eğitimi alanların yüzde doksanının istihdamları konusunda kaygı duyduğuna vurgu yapılmış, halkın sağlık sorunlarının çözümünün bu konuda eğitim görmüş olanlara bırakılması istenmiş, Halk Sağlıklarının görev tanımlarına uygun birimlerde istihdamının şart olduğunu dile getirilmiştir. Sonrasında HASUDER yönetimi "Asistan Eğitimi Alt Çalışma Kolu"nu oluşturmuş, iki asistan ülke genelinde yapılan HASUDER çalışma toplantısına katılmıştır. Prof. Dr. Mehmet Aktekin'in başkanı, Uz. Dr. Mehtap Türkay'ın ise yardımcısı olduğu bu grup, Nisan 2005'te çeşitli üniversitelerden yaklaşık 7-8 asistanın katılımıyla ikinci toplantısını yapmıştır. Bu arada asistanlar arasında daha güçlü bir iletişim sağlamak amacıyla kurulan "HASAROG" (Halk Sağlığı Araştırma Görevlileri Mail Grubu-hasarog@yahoo.com) mail grubunun moderatörlüğünü de Uz. Dr. Mehtap Türkay üstlenmiştir.

Sonrasında HASAROG bünyesinde yapılan çalışmalar, 2005'te Ankara'da yapılan 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri'nde sunulmuştur. Araş. Gör. Dr. Mustafa Nuri Ceyhan "Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Değerlendirme Çalışması"nı sunmuştur. 14 Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan 67 uzmanlık öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada "Asistanların 49 (% 73,1)'unun uzmanlık eğitimlerine başladıktan sonra TUS'a bir daha girmediği" belirtilmiştir. Asistanların 25 (% 37,9)'i Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi sonunda sahada çalışacak şekilde yeterlilik düzeyleri açısından kendisini "ne yeterli ne yetersiz", 13 (% 19,7)'ü ise "yetersiz" bulmuştur. Ayrıca Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi almakta olanların 48 (% 71,6)'i gelecekle ilgili mesleki kaygı duymaktadır. Araş. Gör. Dr. Gökçe Gerçek'in sunduğu "Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Olanakları ve Aralarında İşbirliği Yolları" başlıklı çalışmada 22 Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na ulaşılmıştır. Bu çalışmada 2,27 araştırma görevlisine bir bilgisayar düştüğü belirlenmiştir. Uzman Dr. Mehtap Türkay da "Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanlarının Sorunlarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmayı sunmuştur. Bu çalışmada 50 (%62,0) İl Sağlık Müdürlüğü ve 20 (%38,0) Tabip Odası'ndan cevap alınmıştır. 111 Halk Sağlığı uzmanının isim ve adreslerine ulaşılmış ve 62 (%55,9) uzman soru formunu yanıtlayarak geri göndermiştir. Çalışmada 27 (%43,6) uzman, mesleki doyumu olmadığını belirterek çoğunluğu oluşturmuştur. Uzmanların dörtte biri "Çalıştıkları kurumların Halk Sağlığı uzmanlarından beklentileri" sorusunu "Hiçbir yarar beklenmiyor" şeklinde cevaplamıştır. "Çalıştığınız kurum veya kuruluşlarda herhangi bir sorun yaşadınız mı?" sorusuna 57 (%91,9) uzman "Evet" yanıtı vermiştir. Ayrıca uzmanların 51 (% 82,3)'i de sürekli eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

2006 yılında HASAROG mail grubunun moderatörlüğünü Araş. Gör. Dr. Mustafa Babayiğit üstlenmiştir. Aynı yıl Van'da yapılan 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde Araş Gör. Dr. Hakan Tüzün'ün oturum başkanı olduğu "Türkiye'de Değişen Sağlık Sistemi Halk Sağlığı Eğitimi ve Halk Sağlıklarını Nasıl Etkileyecek: Geleceğe Projeksiyon" adlı panelde Araş. Gör. Dr. Funda Sevensan "Halk Sağlığı Araştırma Görevlilerinin Fikirleri Alınarak Oluşturulan: Uzmanlık Eğitimindeki Temel Sorunlar ve Uzmanlık Eğitimi İçin Öneriler" adlı bir çalışmayı sunmuştur. Tüm Halk Sağlığı asistanlarına mail yoluyla gönderilen anket 20 asistanın cevap vermesi nedeniyle küçük bir sondaj çalışmasına benzetilebilecek olan bu değerlendirmede "Sizce, Halk Sağlığının mevcut sistemdeki sorunları nelerdir?" sorusuna bir asistan "...Halk Sağlığı kavramının halkın uzağında bir yerlerde yaşanıyor olmasıdır." cevabını vermiştir.



“Uzmanlık eğitiminde sorunlar olduğu düşünüyorsanız çözüm önerileriniz nelerdir?” sorusuna, “Asistanlarla konu ile ilgili çalıştaylar yapılması ve asistan görüşlerine önem verilmesi gerekmektedir.” verilen cevaplardan biridir. Uzman Dr. Mine Kaya da aynı oturumda “Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Teorik ve Pratik Eğitim Farklılıkları ve Halk Sağlığı Uzmanının Sahada Karşılaştığı Güçlükler” başlıklı sunumda: öğretim üyesinin ve dolayısıyla asistanın saha ile ilişkisinin kopuk olduğunu, saha ve saha eğitiminin sağlık sisteminin bir parçası olmaktan çıktığını, sadece araştırma amacıyla sahalarda olduklarını ve araştırmalarında akademik yükselme amacıyla olduğunu belirtmiştir. Halk Sağlığı uzmanının sahada karşılaştığı güçlüklerde ise görev tanımına uygun olmayan yerlerde, ne işe yaradığını bilmeyen yöneticilerle çalıştırılmasının yok sayılmasına denk geldiğini, yöneticiler tarafından eğitime önem verilmemesinin, siyasi tasarrufların ve sorumlu olunan yerde hatırlanmamasının (Malatya ishal salgını örn.) sorunlarından bazıları olduğunu dile getirmiştir. Prof. Dr. Erhan Eser de aynı oturumda “HASUDER’in Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi’ndeki Rolü ve HASUDER’in Geleceğe Yönelik Çözüm Önerileri” başlıklı sunumunda: gerek Halk Sağlığı mezuniyet sonrası eğitimi, gerekse bu eğitimi alan Halk Sağlığı uzmanlarının istihdamının, HASUDER çalışma programındaki başlıca konulardan olduğunu belirtmiştir.

2007 yılına gelindiğinde, Denizli’de yapılan 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi’nde Asistan Oturumunda sunulmak üzere HASAROG olarak “Halk Sağlığı Alanında Lisansüstü Eğitim (Uzmanlık, Master, Doktora Eğitimi) Almış Kişilerin Hakkında Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri” adlı bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmanın ve oturumun yapılandırılması aşamasına Ankara’daki Halk Sağlığı araştırma görevlileri başta olmak üzere 10 farklı ilde 13 farklı üniversiteden 18 araştırma görevlisi ile üç Halk Sağlığı uzmanı katkı vermiştir. 69 ilde Halk Sağlığı öğretim üyesi, uzmanı, araştırma görevlisi ve il sağlık müdürlüğü çalışanından oluşan 71 kişi anketlerin doldurulup geri gönderilmesini sağlamıştır. Bu çalışmada 81 ilin 69 (%85.2)’unda toplam 1110 sağlık yöneticisine ulaşılmıştır. Çalışmada sağlık kökenli bir fakülteden mezun olduğunu belirten 640 (%62.7) kişinin sadece 12 (%1.8)’si Halk Sağlığı uzmanıdır. Sağlık yöneticilerinden 726 (%66.4) kişi daha önce Halk Sağlığı alanında eğitim almış bir kişi ile çalışmadığını ifade etmiştir. Halen Halk Sağlığı alanında eğitim almış biri ile birlikte çalıştığını söyleyen ve “Halk Sağlığı alanında eğitim almış kişiler verilen sağlık hizmetinin daha nitelikli hale gelmesine ne ölçüde katkıda bulunur?” sorusunu cevaplayan toplam 157 kişinin: 105 (%66.9)’i katkılarının “iyi ya da çok iyi” olduğunu, 22 (%14.0) kişide katkılarının “az ya da olmadığını” ifade etmiştir. Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerinin “Halk Sağlığı alanında eğitim almış kişiler ile ilgili olarak belirtmek istediğiniz başka görüş ve önerileriniz nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtlardan bazıları “Sağlığın planlanması ve yönetimde daha çok yer almalıydılar. Prosedür ve literatüre değil realiteye ve sahaya daha yakın olmalıydılar.” ile “Saha istihdamlarının yaygınlaştırılması gereklidir. Akademisyenliği tercih etmelerini bir yerde anlıyorum ama onlara sahada daha fazla ihtiyaç olduğunu düşünüyorum.” şeklindedir. Bu çalışma kongrede Araş. Gör. Dr. Nuriye Ulu tarafından oturum başkanlığını Araş. Gör. Dr. Mustafa Babayigit’in yaptığı Asistan Oturumunda sunulmuştur. Araş. Gör. Dr. Hatice Giray da aynı oturumda “Halk Sağlığı Araştırma Görevlilerinin Örgütlenme Süreci” adlı sunumunda bu süreç ve etkinliklerin Halk sağlığı araştırma görevlilerinin sorunlarını ve beklentilerini birlikte dile getirebilme, bu sorunlara çözüm yolları üretebilme açısından önemli bir adım olduğunu belirtmiştir. Sonrasında da “Halk Sağlığı araştırma görevlilerinin iletişimi, birlikte adım atabilmesi, örgütlenmesi, kongrelerde, HASUDER ve TTB Halk Sağlığı Kolu gibi kurumların toplantılarında söz hakkının bulunması ve karar alma sürecine katılabilmesi, bu yapılanma içinde Halk Sağlığı araştırma görevlilerinin öncelikli olarak eğitiminde standardizasyonun sağlanması ve daha sonra da aldığı eğitime uygun yerlerde istihdam edilmesi Halk Sağlığının Türkiye’deki geleceği için oldukça önemlidir.” şeklinde sunumunu bağlamıştır.

Bugüne gelindiğinde yaklaşık dört yıldır Asistan Oturumu sürecini omuzlayan asistanların bir kısmı uzman olmuştur, bir kısmı da olmak üzeredir. Ancak, aramızda asistanlık sürecine yeni başlayan ya da başlamayan, bu sürece katkı veren ve verebilecek olan arkadaşlar vardır. Gönüllülük esasına dayanan, yüreğini ve emeğini ortaya koymakla biçimlenen ve yukarıda da anlatılmaya çalışıldığı gibi çok sayıda kişinin katkılarının oluşturduğu büyük bir güçle bugünlere gelen “Asistan Oturumu” sürecinin geleceğine yönelik ise sormamız gereken tek bir soru vardır:

**VAR MIYIZ, YOK MUYUZ?**

## HALK SAĞLIĞI ve SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

### Erhan ESER

Prof. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa.  
e.eser@bayar.edu.tr

#### Kavramsal yaklaşım

Yaşam süresinin uzaması ve sağlığı geliştirme stratejisi gereği, sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Artık birey ve toplumun sağlıklılık düzeyini ortaya koymada geleneksel ve sağlıklı merkezli sağlık düzeyi göstergelerinin yetersiz olduğu, bunlara algılanan sağlık göstergelerinin (Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi) eklenmesi gerektiği yaygın kabul görmektedir. Özellikle toplum düzeyinde sağlıkta eşitsizliklerin gösterilmesinde algılanan sağlık göstergeleri giderek önemli hale gelmiştir. Kökleri çok öncelere gitmekle birlikte 1980'lerden başlayarak, Halk Sağlığı çevreleri "sağlık durumu" nu çok boyutlu bir yapı olarak ele almaya başlamışlardır. Öte yandan artık bir toplum müdahale programının başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, sağlık sorununun yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmelidir.

Yaşam Kalitesi (YK), mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi, özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Sağlık, genel yaşam kalitesinin çok önemli bir boyutu olmakla birlikte, yaşam kalitesinin diğer bazı boyutları da vardır. Örneğin iş, konut, okul ve yaşanılan çevre bunlardan birkaçıdır. Tanım olarak "Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK)", ise bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. SYK, bir bütün olarak Yaşam Kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıklıkla gösterilmiş olan yönlerini içerir. Toplum düzeyinde SYK, toplumun sağlık algısını ve fonksiyonel durumunu etkileyen kaynaklar, politikalar ve uygulamalar ile ilgilidir ve geleneksel sağlık nosyonunu, toplumun bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini de içerecek şekilde genişletir.

#### Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin kullanımı ve ölçümü:

Sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal müdahalelerin (tedavi, program vb.) başarısının değerlendirilmesinde iki ayrı grup tamamlayıcı ölçüt gündeme gelmiştir. Bunlar, Nesnel (objektif) İşlevsel (fonksiyonel) ve Öznel (subjektif) Sağlık ve İyilik Durumu göstergeleridir. Bununla birlikte, SYK kavramı hiçbir zaman geleneksel sağlık göstergelerinin bir alternatifi değildir ve ancak başarının değerlendirilmesinde bir tamamlayıcı ölçüt olarak kabul edilmelidir. SYK bazen de, bir toplumun bütününe sağlık düzeyinin –veya iyiliğinin- dolaylı göstergesi olarak kullanılmaktadır. Diğer taraftan, "Sağlıkta yaşam kalitesi", bir hizmet çıktısı olarak sağlık ekonomisi analizlerinde de kullanılmaya başlanmıştır.

Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan yeti (işlev) kaybı (disabilite) ile SYK birbirinin içine girmiş değerlendirmelerdir. Bu nedenle aslında işlev yitimini ölçen gereçler de SYK ölçekleri içinde değerlendirilirler. Oysa belirli bir eylemi gerçekleştirilememek (belirli bir mesafeyi yürümek vb.) bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesidir. SYK'nin sağlık bilimlerinde bir sonuç göstergesi olarak yaygın kullanımına karşın gerek kavramsal anlamda gerekse bunu ölçmenin kullanılacak en uygun yaklaşımın belirlenmesi anlamında henüz yeterli düzeyde bir fikir birliği sağlanamamıştır. Yaşam Kalitesi skorlarında dört çeşit farklılık gözlenebilir. Bunlar, birey düzeyde elde edilen kesitsel ve ileriye dönük farklar ve grup/toplum düzeyinde yine kesitsel ve ileriye dönük farklardır. Bireysel düzeyde kesitsel fark, bireyleri bedensel veya zihinsel hastalık bulgu ve belirtileri açısından ayırt edebilir. Yaşam kalitesi skorlarındaki ileriye dönük bireysel farklılık ise bir hastaya uygulanan bir sağaltımın hasta üzerindeki zaman içindeki olumlu veya olumsuz etkisini ortaya koyar. Toplum veya grup düzeyindeki farklılıklar ise, belirli bir anda farklı gruplar arasındaki farklılığı ortalama veya ortanca değerlerle karşılaştırmaya yarar. Aynı şekilde grup düzeyindeki ileriye dönük fark da toplum veya birey düzeyinde yürütülen sağaltım veya müdahale programlarının başarısının ve toplumun hizmet gereksiniminin değerlendirilmesinde kullanılır.

Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi tek bir sayı (indeks ölçüt) ile veya bir profil ile ölçülebilir.

İndeks ölçütler.

- doğrudan (Görsel Eşdeğerlik Ölçekleri = Visual Analog Scales veya tercihe dayalı ölçekler) veya
- dolaylı yoldan (birden çok indeks ölçütün toplanmasıyla) ölçülür.

Profil Ölçütler ise.

SYK 'nin bütününi belirleyen alt bileşenlerden oluşurlar. Bu alt bileşenlere boyut (dimension) veya alan (domain, veya scale), bunların da alt bileşenlerine ise bölüm (facet veya sub-scale) denir. Profil ölçeklerin genellikle bir toplam puanı yoktur. Ölçek ister indeks olsun isterse profil, SYK ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından, 1-Genel amaçlı (generic) ve 2- Özel amaçlı (specific) ölçekler olarak iki ana sınıfa ayrılır.

Genel amaçlı ölçütler, SYK ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda ; eşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genel amaçlı ölçekler de kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

- 1- Tercih dayalı olmayan (profiller)
- 2- Tercihe dayalı (preference / utility based)

İlk kategorideki sağlık profilleri SYK 'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluştururlar.

İkinci kategorideki Tercihe dayalı ölçekler ise (indeks ölçütler sınıflamasına girerler) sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım analizlerinde (cost utility) kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları 'nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçekleridir. SYK 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Kabaca değinmek gerekirse, ya puanları önceden belirlenmiş işlevlerle ilgili sorulara verilen yanıtlara göre ya da YK 'nin farklı yönlerine verilen puanlara göre değerlendirilirler. Burada ayrıntıya girilmeyecektir. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları [(Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI) ] dir.

Özel Ölçütler ise, belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol) , yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (Kiddo-KINDL), engellilere (WHOQOL-DIS, Quality of care) özel ölçekler örnek verilebilir. Bunun yanında hemen her hastalığa (ör: epilepsi, diyabet, romatoid artrit), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır.

Ölçek seçiminde en çok dikkat edilmesi gereken konulardan biri de kullanılan gerecin o toplum ve kültür için geçerli bir gereç olmasıdır. Bir yaşam kalitesi ölçeğinin diğer bir kültüre uyarlanması salt çeviri ile sınırlı değildir, orijinal dildeki sözcüklerin temsil ettiği kavramların hedef dildeki kültürel karşılığını bulmak anlamına gelir. Kültürel uyarlama yapanların tümünün üzerinde birleştikleri temel önkoşul kavramsal eşdeğerliktir. Ancak kavramsal eşdeğerlikle anlamsal (semantik) eşdeğerliği ayıranlar da vardır. Bunlara göre anlamsal eşdeğerlik, soru yazımında çeviri tekniği ile halledilebilecek bir konuyken kavramsal eşdeğerlik farklı sözcüklerle yazılmış olsalar da aynı sorunun farklı kültürlerde aynı kavramı temsil etmeleridir. Bu görüşe göre anlamsal açıdan eşdeğer olsalar da kavramsal eşdeğerliğin sağlanmadığı soruları içeren anketler (ölçekler) kültürel karşılaştırılabilirliği olmayan gereçlerdir. Yaşam Kalitesi ölçeklerinin kültürler arası eşdeğerliğinin sağlanmasında 4 aşamalı bir model kullanılır. Bu aşamaların her biri bir sonrakinin önkoşuludur. Bunlar sırasıyla kavramsal/işlevsel eşdeğerlik; yapısal kullanılabilirlik eşdeğerlik ; soru/madde eşdeğerliliği ve ölçüm (yanıtlama ölçeği) eşdeğerliliğidir.

### **Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümünde Anamlı olan En Küçük Fark Nedir?**

Yaşam Kalitesi ölçeklerinde elde edilen skorların yorumlanması da en az ölçümü kadar önemli bir konudur. Örneğin büyük araştırma grubunda yapılan toplum düzeyindeki araştırmalardan elde edilen küçük ama istatistiksel anlamı olan

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

farklılıklar, sağlık alanındaki karar vericiler ve sağlık ekonomistleri için önemli olabilir. Diğer taraftan bir hastanın kendisi tarafından algılanan anlamlı farklılık bir klinisyenin karar vermesi için yeterli bir fark olmayabilir. Klinisyen karar vermek için belki de daha büyük farklılıklara gereksinim duyar. Burada sözünü ettiğimiz şey SYK'de "Minimal Farklılık sorunudur.

Yaşam Kalitesi skorlarındaki minimal anlamlı farklılığın belirlenmesi için iki temel yaklaşım önerilmiştir: Bunlar, İç (internal) ve Dış (eksternal) Referans Yaklaşımlarıdır. İç referans yaklaşımı, yalnızca kullanılan ölçek ve alt boyutlarından elde edilen sonuçlara dayanan yorumları temel alır. SYK skorları İç referans yaklaşımı ile dört farklı şekilde yorumlanabilir. Bunlar:

- İçerik (content based),
- İstatistiksel anlamlılık,
- Etki büyüklüğü (effect size) ve
- Ölçümün standart hatası olarak sıralanabilir.

İçeriğe dayalı yorumlamada ölçeğin alt boyutları kullanılır. Örneğin SF-36 genel ölçeğinin bedensel boyutu puanının 40 dan 50 çıkmasının belirli bir mesafeyi yürüyebilen hasta sayısında % 18'lik bir artışa karşılık geldiği belirtilmiştir. İstatistik anlamlılık da iki ayrı gruptan veya aynı gruptan iki farklı zamanda elde edilen skorların istatistiksel farklılığının (p düzeyi) yorumlanmasıdır. Bu yaklaşım ile Minimal farklılığın belirlenmesi, önceden öngörülen "p" kritik değerinin kullanılarak hesaplanan örnek büyüklüğü ve dolayısıyla "testin gücü = power" ile ilgili olduğundan bazı sorunlar yaratabilir. Örneğin örnek küçükse minimal farklılığın belirlenmesi zorlaşır. Öte yandan örnek çok büyükse öyle küçük farklılıklar anlamlı çıkar ki bu farklılık hekimler ve politika belirleyiciler için kabul edilemez. İçeriğe dayalı üçüncü yorumlama biçimi Etki Büyüklüğüdür. Bu yöntemin avantajı gözlenen skorlar dışında başka bir veriye gereksinim göstermemesidir. Gerek kesitsel gerekse ileriye dönük araştırma düzenleri için uygun olan bu yöntemde çoğunlukla grup ortalamaları arasındaki fark kullanılır. Bu yöntemi geliştiren Cohen küçük etki büyüklüğünü en az %20, orta düzeydeki etki büyüklüğünü en az %50, ileri düzeydeki etki büyüklüğünü de en az %80 olarak tanımlamıştır. Dördüncü yorumlama biçimi olan "Standart Hata" yaklaşımı daha çok bireysel farklılıkların yorumlanmasında kullanılır. Toplum düzeyine daha önceden yapılmış araştırmalardan elde edilen standart hata sınırlarının bireyler için sınır (hedef) değerler olarak kullanılmasıdır. Yani iki sağlık müdahalesi sırasında ölçülen yaşam kalitesi skorları arasındaki en küçük anlamlı fark standart hata değeri kadar olacaktır. Ancak standart hata değeri konusunda farklı görüşler vardır. Standart hata (SEM) 1, 1.96 ve hatta 2.77 olarak alınabilmekle birlikte % 95 güvene denk gelen 1.96 SEM değeri daha çok kabul görmektedir.

Dış Referans yaklaşımında ise gözlenen yaşam kalitesi skorlarına ek olarak başka veriler de kullanılır. Örneğin sağlık hizmetlerinin kullanımı, iş kaybı, çalışabilme ekonomik durumdaki değişiklikler dışsal belirleyicilerdir. Bu yaklaşımın iki yorumlama biçimi "Bilinen Gruplar Yöntemi" ve "Genel Farklılık Skorları Yöntemi" dir. Birincisinde çeşitli sağlık düzeyleri için geniş örneklerden önceden elde edilmiş olan değerler minimal farklılık değerleri olarak kullanılır. İkinci yorumlama biçiminde ise özellikle süregen hastalıkların kültürel fark gözetmeksizin farklı şiddet düzeyleri için belirlenmiş değerler esas alınır.

### **Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin (SYK) Halk Sağlığı alanında kullanımı ve yapılması gerekenler:**

SYK 'nin Halk Sağlığı alanındaki kullanımı, yukarıda değinildiği gibi esas olarak Toplum ve birey düzeyinde Sağlıkta Eşitsizliklerin boyutunun ve yönünün ortaya konması ile ilgilidir. Ancak bunun çeşitli yaklaşımlarla ve boyutlarda değerlendirilebildiği göz önüne alındığında

SYK nin Halk Sağlığı alanındaki kullanımını,

1-Toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerinin belirlenmesi,

2-Yürütülen hastalık kontrol programlarının toplum düzeyindeki etkinliğinin değerlendirilmesi (tercih temelli olan ve olmayan ölçeklerle) ve

3- toplumlumun alt gruplarının (cinsiyet, sosyal sınıf, engellilik vb.) toplumsal olanaklardan ve hizmetlerden yararlanmalarının karşılaştırılması gibi özetlenebilir.

Toplumu temsil eden örnekler üzerinde yürütülen çalışmalarda bir temel referans bulma sorunu gündemde olan önemli sorunlardan biridir. Toplumda yaygın olarak kullanılan çok boyutlu profil ölçütlerin toplum standardının oluşturulması SYK'ni toplum düzeyinde araştıran ve değerlendiren disiplinler için, yani başta Halk Sağlığı çalışanları için önemli ve çözüm bekleyen bir sorundur. Bu sorun, toplum standardı oluşturulma sorunu yaşayan antropometrik göstergelerde yaşanan soruna benzer bir sorundur. Türkiye'de yetişkinlerde klinik uygulamada en sık kullanılan SF-36 ve kısa formu SF-12 olarak bilinen aracın toplum düzeyinde kullanımı, söz konusu olan bu ölçeğin daha çok işlevsel yeti değerlendirmeye odaklı olması nedeniyle bize önerilmemektedir. Bunun yerine diğer uluslarla hemen hemen aynı süreçte onlara paralel olarak geliştirilmiş olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL) ün alanda kullanımını önerebiliriz. WHOQOL'ün bu alanda bizim için bir önemli avantajı da diğer ölçeklere göre toplum düzeyinde en çok kullanılmış ve sınanmış olan bir ölçek olmasıdır. Benzer şekilde yaşlılarda Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi Yaşlı modülünün (WHOQOL-OLD) kullanımı uygundur. Çocuklar için ise KINDL, PedsQol ölçekleri Türk çocukları için geçerli ve güvenilir olan ölçeklerdir. Engellilerin yaşam kalitesinin ve hizmet niteliğinin değerlendirildiği çok merkezli çalışmamızın (DIS-QOL) 2009 başında Türk araştırmacılarının kullanımına sunulacağını da anımsatmakta yarar vardır.

#### BİBLİOGRAFYA

- Bert Spilker (ed) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 1996.
- Andrew Garratt, Louise Schmidt, Anne Mackintosh, and Ray Fitzpatrick. *Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures* *BMJ*, Jun 2002; 324: 1417.
- Julia Addington-Hall and Lalit Kalra. *Measuring quality of life: Who should measure quality of life?* *BMJ*, Jun 2001; 322: 1417 - 1420.
- Alison J Carr, Barry Gibson, and Peter G Robinson. *Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience?* *BMJ*, May 2001; 322: 1240 - 1243.
- Barofsky I. *Patients' rights, quality of life, and health care system performance*. *Qual Life Res*, 2003 Aug;12(5):473-84.
- Sen SS, Gupchup GV, Ill JT. *Selecting among health-related quality of life instruments*. *Am J Health Syst, Pharm*, 1999;56: 1965-73.
- Cohen J. (1988) *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bowling. *Measuring Health: A Review of Quality of Life measurement Scales (second ed.)* Open University Press, Buckingham, 1997. 159 pp.
- McDowell and C.Newell. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires (second ed.)* Oxford University Press, New York, 1996, 523 pp.
- Cella D, Bullinger M, Scot C, Barofsky I, and Clinical Significance Consensus Meeting Group. *Group vs individual approaches to understanding of clinical significance of differences or changes in quality of life*. *Mayo Clinic Proceedings*, 2022; 77: 384-392.
- Osoba D, King M. (2005) *Meaningfull Differences*. İçinde P. Fayers, R. Hays (eds.) *Assessing Quality of Life in Clinical Trials..* pp 243-257. New York, Oxford University Press.
- Joyce C.R., Hickey A., Mc Gee H. Et al. *A theory based method for the evaluation of individual quality of life : the SEIQoL*. *Quality of Life Research*, 2003; 12: 275-280.
- Fayers MP, Machin D, (eds) (2007) *Quality of Life (The assessment, analysis & interpretation of patient-reported outcomes*. Wiley & Sons Ltd, England.
- Fayers MP, Hays R, (eds) (2005) *Assessing quality of life in clinical trials*. Oxford Univ . Pres, New York.
- CATHERINE HAGAN HENNESSY, DAVID G. MORIARTY MATTHEW M. ZACK PAUL A. SCHERR ROBERT BRACKBILL. *Measuring Health-Related Quality of Life for Public Health Surveillance Public Health Reports* 1994, Vol. 109, No. 5 665-72.
- <http://www.bayar.edu.tr/~saykad/program.htm>
- <http://www.saykad.org>
- [www.qolid.org](http://www.qolid.org)
- [www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- [www.isoqol.org](http://www.isoqol.org)

## TÜBERKÜLOZ

### Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU

Sağlık bilimleri ve teknolojilerindeki olağanüstü gelişmelere karşın Tüberküloz (TB) dünya genelinde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bazı Afrika ülkelerinde HIV enfeksiyonunun da etkisiyle ölümlerin birinci nedeni olan TB, ülkemizde de maalesef ilk on ölüm nedeni içinde yer almaktadır. (1) Bilinmeyen hastalar bir yana, bilinenlerin de tam olarak kontrol edilememesi nedeniyle artmakta olan ilaca dirençli olgular toplum sağlığını ciddi olarak tehdit etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 TB raporuna göre, dünya nüfusunun üçte biri TB basiliyle enfekte durumdadır. 2006 yılında tahmin edilen yeni TB olgularının sayısı 9.2 milyondur. Bunların 4.1 milyonunun (% 44) yayma (+), 0.5 milyonunun da çok ilaca dirençli (ÇİD) olduğu tahmin edilmektedir. Hastaların % 80'i, çoğu Afrika ve uzak doğuda olan 22 ülkededir. Sayısal olarak hastaların en çok olduğu ülkeler sırasıyla Hindistan, Çin, Endonezya, Güney Afrika ve Nijerya'dır. 2006 yılında 200 bini HIV(+) olmak üzere, tahminen 1.7 milyon kişi TB'den ölmüştür. (Afrika'daki hastaların yaklaşık % 30'u HIV (+)'tir.(2)

Enfeksiyon havuzunun büyüklüğü ve kontrolündeki bazı güçlükler nedeniyle TB Kontrol Programlarının uzun yıllar hiç aksatılmadan sürdürülmesi gerekmektedir. Kontrol programlarının aksamaması halinde, bizde 1970'ler, ABD'de 1980'ler, SSCB'de 1990'larda olduğu gibi TB olgularında ciddi artışlar olmaktadır. DSÖ 1993 yılında dünya genelinde TB için "acil durum" uyarısı yapmış, hastalığın kontrol altına alınabilmesi için zengin-fakir tüm ülkelere Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisini (DGTS=DOTS) önermiştir. Halen 180-190 civarında ülke bu öneriyi uygulamaya çalışmaktadır. DGTS'nin bileşenleri şunlardır: politik irade, pasif yöntemle vaka bulma ve bakteriyoloji, gözetimli/ kısa süreli/standart rejimlerle tedavi, ücretsiz ilaç, kayıt/analiz/rapor etmedir.

Hastaların % 80'inin çalışma çağında olması ve tedavi başarısının yüksekliği nedeniyle fayda/maliyet oranı en yüksek faaliyetlerinden biri olan TB Kontrol Programlarında DSÖ'nce belirlenen ilk hedef, yayma (+) olguların en az % 70'inin bulunması ve bunların en az % 85'inin kür edilmesidir. (Kür, hastanın bakteriyolojik olarak ARB negatif duruma getirilmesidir.)

TB kontrolünde önemli noktalar başlıca şunlardır:

- Bakteriyolojik muayeneye (özellikle mikroskopiye) önem verilmelidir.
- Hastalara tedavi süresince ayda bir bakteriyolojik inceleme yapılmalı, beşinci ayda hala ARB (+) olanlar ÇİD olabileceği için ileri merkezlere gönderilmelidir
- Bakteriyolojik olarak basilin gösterilemediği durumlarda uzman önerisiyle tedaviye başlanmalıdır
- Hastaların durumuna (yeni, nöks. kronik, tedavi başarısızlığı, tedaviyi terkten dönen, çocuk TB, menenjit / kemik / milier) uygun standart rejimler kullanılmalıdır
- İlaçların gözetim altında içirilmesi esastır
- Hastaların yakın temaslıları kontrol edilmelidir
- Takip ve tedavinin verem savaşı dispanserleriyle işbirliği içinde sürdürülmesi gerekir

Mutlaka yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastalar şunlardır: kronik, ÇİD, tedavi başarısızlığı olan, uyumsuz, genel durumu bozuk, hastalığı ilerlemiş, şiddetli ve sık hemoptizisi olan, diyabet/kr.böbrek hastalığı olan, ilaç alerjisi olan, evi olmayan hastalar. Hastaların radyolojik muayeneleri iki ayda bir yapılabilir. Kitlesele mikrofilm taramalarının TB kontrolünde önemi yoktur.

### Türkiye'de Verem Savaşı

Ülkemizde TB 1950'li yıllarda birinci ölüm nedeni idi. 1953 yılında başlanan BCG kampanyaları ile 1970'e kadar tüm nüfusa 2-3 kez PPD yapılmış, negatif bulunanlar aşılanmıştır. 1960'larda tüm nüfus mikrofilm taramasından geçirilmiş, bulunan hastalar dispanserlerde tedavi edilmiştir. DSÖ bu başarılı çalışmalarını "Türk Mucizesi" olarak tanımlamıştır.

1974 yılında Sağlık Bakanlığı TB'nin tamamen kontrol altına alındığını ilan ettikten sonra çalışmalar gevşemiş hastaların peşi bırakılmıştır. 1974-83 yılları arasında 73 000 hasta "işbirliği yapmıyor" veya "akıbeti meçhul" denilerek takipten çıkarılmıştır. Çalışmaların zayıflaması ve ekonomik koşulların bozulmasıyla 1979'dan itibaren TB olguları ciddi bir şekilde artmaya başlamıştır. Dispanser kayıtlarına göre 1977'de yüzde 48 olan TB insidansı 1985'de yüzde 61'e çıkmıştır. 1990'larda yeniden azalmaya başlayan TB insidansı 2006 verilerine göre yüzde 28'dir.

Verem Savaşı Dairesinin verilerine göre, 2006 yılında 20 526 hasta dispanserlerde tedaviye alınmıştır. Bunların % 90'ı yeni olgudur. Olguların % 72'si akciğer TB.

% 64'ü erkektir. Akciğer dışı TB olgularının % 46'sı plevra TB, % 29'u TB lenfadenittir. Hastaların %83'ü 15-64 yaş grubundadır. Dispanser verilerine göre insidans hızı 0-14 yaş grubunda yüzde 5 civarında iken, 15-24 yaş grubunda 7-8 misli artarak yüzde 35'a yükselmektedir.(3)

2002 yılından itibaren bakteriyolojik muayene sayılarında belirgin bir artış görülmektedir. 2006 yılında tedaviye alınan akciğer TB olgularının % 84'üne mikroskopi, % 56'sına kültür muayenesi yapılmıştır. Tedaviye alınan 14 740 akciğer TB olgusunun % 53'ü yayma (+) tir. İlaç duyarlılık testi yapılan 4846 hastadan % 5,1'i ÇİD bulunmuştur.

2005 yılında tedaviye alınan hastalarda tedavi başarı oranları, yeni olgularda % 88,9, daha önce tedavi görmüş olgularda % 72 dir. Hastaların % 7'si tedaviyi terk etmiş veya izi kaybedilmiştir.(4)

### **Belirsizlikler-Sorunlar**

Verem Savaşı Dairesi, DSO'nün önerdiği-yukarıda belirtilen- hedefleri yakaladığını belirtmektedir. Buna göre, tahmin edilen yayma (+) yeni olgu sayısının % 80'i bulunmuş, bulunanların da % 90'ı tedavi edilmiş görünüyor. Fakat tahmin edilen sayının dayanağı belirsizdir. Dispanser verilerine göre, TB insidansı Marmara Bölgesinde yüzde 49 (İstanbul'da 55), Doğu Anadolu bölgesinde 17, Güneydoğuda 22 dir. TB'nin sosyal bir hastalık olduğu düşünüldüğünde, İstanbul'daki yaşam koşulları Doğu ve Güneydoğudan daha mı kötüdür? Dispanser verilerine göre insidans hesabı yapılamayacağı gibi, tahmin de yapılamaz. 1982 yılında yapılan TB prevalans araştırması verilerine göre, dispanserde kayıtlı hasta sayıları, olması gerekenin % 50 altında idi. Ayrıca, dispanser bulunmayan yerleşim yerlerindeki hizmetler de dispanserlerin bu, bulunduğu yerlerdekinin yarısı kadar idi.

Yukarıdaki verilere göre her yıl 1500-2000 hasta tedaviyi terk etmekte ve bunların sayısı yığılımlı olarak artmaktadır. Bu hastaların bir kısmı çok ilaca dirençlidir ve toplum içinde serbestçe dolaşarak primer ÇİD olgularına neden olmaktadır. TB sorununun kaynağını oluşturan bu uyumsuz hastaların zorla yatırılarak tedavisi gerekmektedir.

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde dispanserlerin konumu hala belirsizdir ve buralarda çalışan personel teşviklerle veya zorla dispanserlerden ayrılmaktadır. Bu durum TB Kontrol Programını ciddi olarak tehdit etmektedir. DGTS'nin en önemli unsurlarından biri olan "politik irade" bu noktada zayıflamış görünüyor.

DGT kağıt üzerinde yaygın olarak uygulanmaya başlamış görünüyor, fakat uygulamanın kalitesi konusunda kuşku uyandıran çok sayıda örnek var. Bu konuda denetim hemen hemen hiç yok.

Sağlık Bakanlığının TB kontrolü ile ilgili çok iyi bir kılavuzu bulunmakta, fakat uzman hekimlerin pek çoğu bu kılavuzda belirtilen standart tedavilere uymamaktadır.

Cezaevlerinde TB ciddi bir sorundur, fakat buraların kontrolü çok yetersizdir. Tutuklanan kimselerin cezaevine konmadan önce TB açısından kontrol edilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde askeri birliğine teslim olmadan önce asker adaylarının da TB yönünden kontrol edilmesi büyük önem taşımaktadır.

### **Kaynaklar**

- 1- Sağlık Bakanlığı Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Araştırması, 2003
- 2- Global Tuberculosis Control: Surveillance Planning Financing, WHO Report 2008, Geneva
- 3- Türkiye'de Verem Savaşı, 2008 Raporu, Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Ankara
- 4- Türkiye'de Verem Savaşı, 2007 Raporu, SB Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Ankara

## DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YETİ YİTİMİ

**Prof. Dr. Selma METİNTAŞ**

ESOGÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

### **Dünya'da Özürlülük ve Özürlülük Kavramının Tanımsal Gelişimi**

Özürlülüğü anlamak ve tanımlamak oldukça zor bir konudur; tarih boyunca insanlık özürlülüğü anlamaya çalışmıştır. İnsanların özürlülere karşı tutumları dört aşamada gerçekleşmiştir: Yok etmek, ayrı tutmak, ikinci sınıf olarak görmek ve nihayet 'topluma eşit birey' olarak tam kabullenmek.

Eski Yunan'da, Sparta Devleti'nde çocuklar 'devlet konseyi gözlemcileri' tarafından muayene edilirler, eğer çocuğun engelli olduğundan şüphelenilirse, ölmesi için bir uçurumdan aşağıya doğru fırlatılırlardı. Bu çocuklar, Batı Dünyası'nda Aydınlanma Dönemi başlangıcına kadar 'şeytan' veya 'cin' oldukları gerekçesiyle zulme uğramış, hatta yakılarak veya benzer kötülüklerle öldürülmüşlerdir. Bazı toplumlarda ise özürlüler, cüzzamlılar gibi ayrı koloniler halinde yaşamaya zorlanmışlardır.

Aydınlanma Dönemi sonrasında, insan kavramını algılamada ve tanımlamadaki değişiklikler nedeniyle değişik özürlülük modellerinin gelişimi birbirini takip etmiştir. Aslında, bugün özürlülüğe bakışımızı da bu modeller belirlemektedir; 'Bireyci model' ve haklar temelinde oluşan 'Sosyal model'.

Bireyci model yaklaşımı, esasında aşamalar halinde başka alt modelleri de içerir. Bireyci model'de başlangıçta özürlülük, bireye indirgenmiş, özürlülerin toplumsal yaşamda yer alamama nedeni 'fonksiyon kaybı'na dayandırılmıştır. Bu anlayış, 20.Yüzyılın başlarında öne çıkmaya başlayan 'Tıbbi/Medikal model' çerçevesine devinmiştir. Tıbbi model'de özürlülük, biyolojik belirleyiciliğin bir ürünü ya da bireyin bedeninde ortaya çıkan trajedi olarak değerlendirilir ve özürlülük kavramı 'yetersizliğe' indirgenir. Sunulan politika ve sunulan hizmetler özürlü bireylere indirgenmekte, çözüm tıp bilimi kapsamında ele alınmaktadır. Tıbbi model, özürlü bireyin kaybını ön plana çıkarırken, sosyal, mimari, tıbbi, ekonomik, politik vb. engelleri göz ardı etmiş ve özürlülerin sosyal yaşama katılımında güçlüklerin yalnızca özürlü birey tarafından çözülmesi gerektiğine inanmıştır.

Tıbbi model, 20.Yüzyılın ikinci yarısında değişen sosyal yapıyla beraber anlayış değişikliğine uğramaya başlar. Toplumun diğer dezavantajlı grupları gibi, özürlüler de 1960'lı yıllardan itibaren kendi başlarına bağımsız bir kimlik inşa etmeye ve sosyal politika ortaya koymaya başlamışlardır. Bu süreçte özürlüler ve özürlü grupları, 1970'li yıllardan başlayarak özürlülüğe yönelik olarak özgün bir 'toplumsal bakış açısı' gerektiği savını ortaya atmışlar ve bu akışı üzerinden 'Sosyal model' i olgunlaştırmışlardır. Bu aşamadan sonra tüm dünyada özürlülük ve özürlüler anlayışında hem tanımsal hem de işlevsel büyük bir değişim yaşandığını görüyoruz. Sosyal model'de, özürlülerin toplumsal yaşamda yeterince yer alamadıkları tespiti yapılmakta, bu tespitinin nedeni de 'toplumun önyargıları' ve 'çevresel engeller' le açıklanmaktadır. Doğaldır ki bu yaklaşımlar, zamana koşut gelişen 'insan hakları' çerçevesinde, özürlülere yönelik olarak oluşturulan sosyal politikaların belirleyicisi olmuştur. Birleşmiş Milletler 1975 'de Özürlü Hakları Bildirgesi' ni kabul etmiş. 1978 Alma-Ata Konferansı'nda da özürlülük konusu ayrı ana başlık olarak ele alınmıştır.

Alma-Ata Konferansı Deklarasyonun'da, 'Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın elde edilmesi için götürülen hizmetlerin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında, hatta ülke içinde siyasi, ekonomik ve sosyal ayrımlılık nedeniyle oluşan farklılığın giderilmesi, hizmette eşitlik ve hakkaniyet ilkesinin esas alınması' prensibi benimsenmiştir. Alma-Ata Konferansı'nda, özürlülere ait rehabilitasyon hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırmak için, bu hizmetlerin koruyucu hekimlikle birlikte yürütülmesi önerilmiş ve rehabilitasyon hizmetleri düzeyinin ülkelerin sağlık düzeyini gösterir bir ölçek olması istenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1981 yılını 'Özürlüler Yılı' ilan etmiştir. Dönem Raportörü Ann Shearer, özürlüler yılının açılış konuşmasında 'Fiziksel ve psikolojik olarak sakat kişilere yardım etmenin aslında topluma yardım etmek' olduğunu hatırlatarak, konunun uluslararası ortamda ilkesel açılımını yapmıştır: 'Özürlülere yardım etmenin, onları toplum içine almanın ve çaresizlik sınırlarını kaldırmanın faydası özürlü olmayan insanlardır. Asıl olan, özürlülüğün yalnızca özürlülerin ya da ailelerin karşı karşıya kaldıkları bir sağlık sorunu değil,



sosyal boyutlarıyla toplumu yakından ilgilendiren ve tüm bireylerin ortak çabasını gerektiren bir insan hakları sorunu olarak ele alınması gerekir': bu anlayış konuyla ilgili bakış açısında ve olası uygulamalarda tam bir devrim niteliğindedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmalarından dolayı başlayan ve 'Özürülüler Dekadı' olarak adlandırılan 1983-1992 yılları içinde, konu, yoğun biçimde ilgili gündemlere girebilmiş ve sonrası oluşturulan programların iki esas amacı olmuştur: 1-Özürü bireyler için tam fırsat eşitliği vermek, 2-Özürülülerin yaşam kalitesini artırmak. Bu amaçlar, doğaldır ki, bazı esas gereksinimlerin varlığını fark ettirmiştir. Bunlardan en önemlisi veri eksikliğidir. Özürülülerin durumlarının değerlendirilmesi, hizmet götürülmesi ve fırsat eşitliğinin sağlanması amacıyla program ve politikalar geliştirilmesi için geniş kapsamlı istatistiksel çalışmalar ve araştırmalar yapılmasının gerekliliği doğmuştur.

Özürülülük tek ve açık tanımı olmayan bir kavram olması nedeniyle, istatistiksel veri toplamının oldukça güç olduğu bir alandır. Ülkeler çeşitli yöntemlerle özürü sayılarını ve temel göstergelerini saptamaya çalışmışlar da, bu çalışmaların geçerliliği ve güvenilirliği her zaman tartışma konusu olmuştur. Birleşmiş Milletler, DSÖ, Avrupa Komisyonu ve Dünya Bankası'nın da aralarında bulunduğu çeşitli organizasyonlar, özürü istatistiklerine ve özürülülerle ilgili karşılaştırılabilir, güvenilir verilere olan ihtiyaç nedeniyle özürülülük ölçümlerinin geliştirilmesi ve standardize edilmesi için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır.

Özürülülük araştırmalarının sonuçları arasındaki farklılıkların temelinde yer alan neden metodolojik farklılıklardır. Bu nedenler şu şekilde sıralanabilir:

- 1- Özürülülüğün tanımı,
- 2- Veri toplama yöntemleri,
- 3- Özürülülüğün sınıflandırılması,
- 4- Araştırma soruları.

Özürülülüğün global tahminlerine yönelik çalışmalar DSÖ tarafından 1974 yılında yapılmış ve 1976 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışmada, dünya özürülülük prevalansı %10 olarak bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, 1973 yılında Philip Wood adlı araştırmacıyı özürülülüğü tanımlamak ve sınıflandırma oluşturmak üzere görevlendirmiştir. Çalışma sonucunda 3 ayrı kavram ortaya çıkmıştır:

**Yetersizlik (Impairment):** Fizyolojik, anatomik, psikolojik yapı ya da fonksiyonlarında olan herhangi bir kayıp ya da anormallik

**Özürülülük (Disability):** İnsanlar için normal kabul edilen sınırlar içinde bir hareket ya da çalışma yeteneğinin yokluğu ya da kısıtlı olması (Normal aktivitelerde kısıtlılık)

**Engellilik (Handicap):** Yetersizlik veya özürülülük sonucu normal yaşam işlevleri yapmasının sınırlanması ya da önlenmesi (Sosyal dezavantaj) olarak 1980 yılında yayınlanmıştır.

Yıllar süren tartışmalar ve revizyonlar sonucunda tanımlamalar 'Yetersizlik, Özürülülüğün ve Engelliğin Uluslararası Sınıflaması (ICIDH: International Classification of Impairments, Disability and Handicaps)' adı altında kabul edilmiştir. Bu kodlama sisteminin temel amacı, sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlaması için ortak, standart bir dil ve çerçeve oluşturmak, sağlığın bileşenleri ve iyilik halinin sağlıkla ilgili bazı bileşenlerini tanımlamak olmuştur. Yeni kodlama sistemi, bir süre sonra, 2002 yılında 'İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflaması (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)' adıyla tekrar düzenlenerek yayınlanmıştır. ICF'de ICIDH'daki bozukluk kavramı yerine 'beden yapı' ve fonksiyonları, özürülülük yerine 'aktivite sınırlılığı' ve engellilik yerine 'katılım kısıtlılıkları' kavramları yer almaktadır.

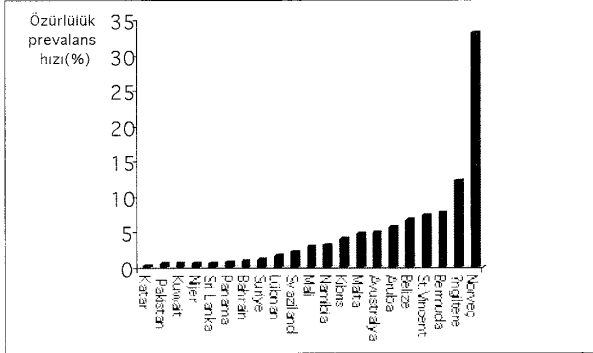
Birleşmiş Milletler İstatistik Bölümü (UNSD), 1947-1981 yılları arasında Mısır, Irak, İsrail, Lübnan ve Suudi Arabistan'da yapılan 8 nüfus sayımı ve 6 örneklem araştırması olmak üzere, toplam 14 çalışmayı 'Özürü İstatistiklerinin Geliştirilmesi: Vaka Çalışmaları' adıyla yayınladıktan sonra, ilk kez sistematik özürü istatistikleri veri taban sistemini oluşturulmuştur.

1975-1987 yılları arasında 55 ülkede yapılan 67 çalışmadan, özürülülük verilerinin derlendiği çalışma 'Birleşmiş

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Milletler Özürlülük İstatistikleri Veri Tabanı (DISTAT: The United Nations Disability Statistics Database) adıyla 1988 yılında yayınlamıştır. DISTAT'ın ikinci versiyonu ise 100 ülkede yapılan 179 özürlülük çalışmasını kapsar. Bu çalışmada en düşük özürlülük hızı %0.4 ile Katar'dan, en yüksek hız ise %33 ile Norveç'ten bildirilmiştir. Bu veri tabanında ülkemiz için verilen değer %1.37'dir.

**Grafik 1: DISTAT-2 veri tabanına göre çeşitli ülkelerde özürlülük prevalans hızı**



DISTAT'ın incelediği ülkelerin özürlülük prevalans hızları arasındaki büyük farklılıkların, veri toplama yöntem ve standartlarının olmamasından kaynaklandığı açıktır. Bu kısıtlılık nedeniyle Birleşmiş Milletler İstatistik Bölümü, verilerin standardını sağlamak amacıyla çok sayıda proje ve toplantı gerçekleştirmiştir. Bunlardan en yakın tarihteki olanlardan biri Birleşmiş Milletler Asya ve Pasifik Ülkeleri Sosyal Komisyonu (UNESCAP) İstatistik Bölümü'nün DSÖ ile 2004-2005 yılları arasında gerçekleştirdiği 'UNESCAP Özürlü İstatistiklerini Geliştirme Projesi' olmuştur. Projenin amacı, bölge ülkeleri arasında özürlülüğü ölçmek için kavramsal bir yapı geliştirmektir. Özürlülük prevalans çalışmalarında kullanılan tanımlar önemlidir. Özürlüler araştırmalarında bozukluk tanımı temelinde yapılan çalışmalarda özürlülük sıklığı, özürlülük tanımına göre yapılanlardan daha düşük bulunmuştur. Bazı ülkelerde yapılan çalışmalarda kullanılan özürlülük tanımları ve sonuçları Tablo 1'de sunulmaktadır.

**Tablo 1: Bazı ülkelerde araştırmalarda kullanılan özürlülük tanımları**

Ülke	Örneklem araştırması, Oran (%)	Tanım
Kanada	Örneklem araştırması, 2001 Oran %12.24	Fiziksel veya zihinsel koşullar veya sağlık sorunları nedeniyle, yaşlıları için normal sayılan aktiviteleri yerine getirmede sınırlılıkları olan kişiler (Statistic Canada, 2003)
Yeni Zelanda	Örneklem araştırması Oran %20	Bir bozukluk sonucu, normal tarzda veya normal kabul edilen sınırlar içinde bir aktiviteyi gerçekleştirme becerisinde kısıtlılık veya yetersizlik (Statistic New Zealand, 2002)
Aruba	Nüfus sayımı 1991 Oran %5.55	Engelli kişiler (handicapped persons) fiziksel yada zihinsel hastalıkları olan kişilerdir. Engellilik hastalığa bağlı olarak kişisel yeteneklerdeki sınırlılık ile ortaya çıkar (UN, 1996)
Uganda	Nüfus sayımı, 1991 Oran %1.16	Kişinin sosyal yaşamını ve çalışma yaşamını normal yaşamasına engel olan herhangi bir durum (UN, 1996)
Türkiye	Örneklem araştırması, 2002 Oran %12.29	Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyamayan kişilerdir. (DiE ve ÖZİDA, 2004)

Bu çalışmalarda veri toplama yöntemlerinde farklılıklar vardır. Esasen özürllükle ilgili verilerin toplanmasında üç temel kaynak vardır:

- 1- Nüfus sayımları
- 2- Örneklem araştırmaları
- 3- Kayıt sistemleri

Nitekim kullanılan yöntemle özürllük prevalansı değişmektedir. Örneğin Kanada'da 2001 yılında bildirilen özürllük prevalansı araştırmalara göre %13.7'den, %31.3'e değişmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2: Kanada erişkin özürllük hızları, 2001**

Yöntem	Yüzde
Katılım ve Aktivite kısıtlığı taraması-Seçici	13.7
Katılım ve Aktivite kısıtlığı taraması-Tümü	14.8
Sayım	18.5
Çalışma ve Gelir düzeyi taraması	20.5
Kanada Toplum Sağlığı taraması	31.3

Kaynak: Mont D. Measuring disability prevalence. Social Protection Paper. The World Bank, No: 0706, 2007.

Nüfus sayımları, özürllü sayımları belirlemek için, genellikle gelişmekte olan ülkelerin en sık başvurdukları yöntemlerden birisidir. Nüfus sayımlarında kullanılan sorular genellikle klasik birkaç yetersizlik (impairment) türü soru içermektedir. Bu nedenle de sonuçlar çok değişken olabilmektedir. Örneğin Brezilya nüfus sayımlarında, 1991 yılında sunulan özürllük hızı %1 iken, 2001 çalışmasında %14.5 olarak olmuştur. Benzer değişiklik Türkiye ve Nikaragua çalışmalarında da görülmüştür.

Özürllük sınıflandırmaları da özürllük prevalans değerlerine etkilidir. Özürllük: hafiften, ağıra doğru 'zorluğun', 'sınırlılığın' ve 'bağımlılığın' derecesiyle ilgili olarak sınıflandırılabilir.

Özürllük prevalans çalışmaları sonuçlarına, kullanılan soruların türleri de etki etmektedir. Sorular aşağıdaki şekillerde tasarlanmış olabilir:

- Bireyin kendisinin bildirimini.
- Teşhis edilmiş bir durum: polio sekeli, paraliz vb. gibi bir durum.
- Günlük yaşam aktiviteleri: kendi kendine yemek yiyebilme, banyo yapma gibi.
- Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri.
- Toplumsal yaşama katılma: bir işte çalışma, okula gitme gibi.

### **Dünya'da Özürllük Sıklıkları ve Sorunlar**

Birleşmiş Milletler, özürllük sıklılığını kesin olmamakla birlikte gelişmiş ülkelerde %10, gelişmekte olan ülkelerde ise %12 olarak bildirmektedir. Özürllülüğün ana nedenlerini oluşturan sorunların gelişmiş ülkelerde daha yaygın olması neticesinde daha yüksek prevalans değeri beklenirken, gelişmekte olan ülkeler yaş yapıları nedeniyle oransal olarak yüksek bir sıklık göstermektedir.

Zaman içinde gelişen teknoloji ve tanı imkanları ile engellilik sıklılığının azalması beklenirken, tam ilkarştı, zaman içinde bir artış gözlenmiştir. İngiltere'de, 1960'lı yıllarda çocuklarda engelli olma oranı %2 iken, 1990'lı yıllarda bu

oran %7 olarak saptanmıştır. Bu paradoks durum, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile açıklanmıştır.

İngiltere’de genel nüfusun %14.2’sinin engelli olduğu ve bunların da %70’ini 60 ve üzeri yaştakilerin oluşturduğu görülmektedir. Çocuklarda engellilik nedeni daha çok genetik ve doğumsal hastalıklar iken, ileri yaştakilerde kas-iskelet sistemi hastalıkları, kalpdamar hastalıkları ve nörolojik hastalıklar, yani sekonder nedenlerdir. Yaşa koşut olarak engellilik nedenleri de değişmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde özürllülük oranı %19.4 olarak bildirilmiştir. Ellibir milyon özürllünün bulunduğu bu ülkede, 25 milyon kişinin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan önemli bir sorununun olduğu, bunların temel nedeninin de kanser, kalp hastalığı ve diyabet gibi bir kronik hastalıktan ya da artrit, bel ağrısı gibi durumlardan kaynaklandığı bildirilmektedir. Erişkinlerin dörtte birisinin obez olduğu hesaplanan ABD’de, özürllülük oranının gelecekte daha da artması beklenmektedir.

Özürllülük türleri ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin özürllülük sıklığının %19.3 olduğu Avustralya’da fiziksel veya hareket türü kısıtlılığı bulunanların oranı %14.2, zihinsel özürllülerin oranı %1.1, nörolojik özürllüler %1.5, psikiyatrik sorunları bulunanlar ise %4.1 oranındadır. Psikiyatrik sorunu bulunanların %79’unun ilave özürllülükleri de bulunmaktadır.

Sosyal Kalkınma Dünya Zirvesi için hazırlanan bir raporda, özürllülük durumları ile kaba tahminlere göre belli başlı özürllülük nedenleri arasında yetersiz beslenme (100 milyon kişi; bütün özürllülerin %20’si), kazalar/travmalar/savaşlar (78 milyon; %15.6), bulaşıcı hastalıklar (56 milyon; %11.2), bulaşıcı olmayan hastalıklar (100 milyon; %20), doğuştan gelen hastalıklar (100 milyon; %20) yer almaktadır.

Afrika’da yaklaşık 60-80 milyon özürllünün yaşadığı tahmin edilmektedir. Özürllülüğün sıklığı silahlı çatışmalara, malnütrisyona, doğal afetlere ve HIV/AIDS epidemisinin boyutuna bağlı olarak artmaktadır. Silahlı çatışmalar sırasındaki sorunların yanı sıra, çatışmalar sonrasında psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Angola, Mozambik, Etiyopya ve Somali çatışmaların en yoğun yaşandığı bölgelerdir. Her 470 Angolalıdan birisi kara mayınları nedeniyle ayağından ampute halindedir.

HIV/AIDS epidemisi, bölgede özürllülüğün önemli diğer bir nedenidir. Dünyada HIV’la yaşayan bireylerin %60’ı bu kıtada yaşamaktadır.

Malnütriyon bölgede özürllülüğü artıran diğer önemli sorunlardan birisidir. Her yıl birçok çocuk kötü beslenmeye bağlı görme yeteneklerini kaybetmektedir. 1999-2009 yılları arasında Afrika’da ‘özürllülüğe karşı farkındalığı artırmaya’ yönelik yoğun çalışmaların başlaması planlanmaktadır.

Doğu Avrupa ve Orta Asya’da özürllülük oranı %8 olup, bu bölgede yaklaşık 29 milyon özürllü bireyin yaşamakta olduğu kabul edilmektedir. Bölgenin karşılaştığı sorunlardan başlıcaları, değişen ekonomiler, yeni sosyal ve ekonomik değişiklikler, özürllülerin kurum temelli bakımı, HIV/AIDS ve akıl sağlığı sorunlarıdır. 1991 öncesinde özürllülerin yaşam seyirleri değişkendi. Ağır özürllüler ailelerinden ayrı yerlerde kurumsal bakım almaktaydılar. Hafif özürllüler için ücret alabilecekleri çok sayıda iş yeri, korumalı işyerleri ve ev temelli iş uygulamaları vardı. Ancak ekonomik sıkıntılar özürllülerin topluma entegrasyonlarında sorunlar yaşatmaktadır. Bölgede HIV/AIDS epidemisi hızla büyümektedir; bölgede 2005 yılında 270.000 birey HIV ile yeni infekte olmuştur. Dünyada HIV epidemisinin en hızlı büyüdüğü bölge olan bu alanda HIV’le infekte yaşayanların %80’i 30 yaş altındadır.

Bölge içinde sayılabilecek Bosna-Hersek popülasyonunun %20’sinin depresyonu bulunmaktadır. Benzer hızlar diğer savaş sonrası ülkelerde de görülmektedir. Son yıllarda, savaş sonrası dönemde özürllülerin toplum entegrasyonlarında çeşitli kuruluşların yardımıyla önemli adımlar atılmıştır. Ancak özürllülerin topluma tam katılımları ve özürllü haklarının elde edilmesinde halen sorunlar bulunmaktadır.

Bir özel toplumsal kesit olarak, Romen grup, bölgede ortadan kaldırmamayan ayrımcılık nedeniyle çeşitli sorunlar yaşamakta, Romen çocuklar sıklıkla dil yetersizlikleri ve kültürel farklılıklar nedeniyle zihin engelli olarak adlandırılmaktadırlar.

Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde yaklaşık 50 milyon özürllü bulunmaktadır. Özürllülerin yaklaşık %82’si yoksuludur. Özürllülük, bu bölgede de özellikle silahlı çatışma yaşayan ülkelerde (örneğin Kolombiya) yüksektir.

Birçok Orta Amerika ülkesi doğal afetlerle karşı karşıyadır. Diğer bölgelerde olduğu gibi iş, eğitim ve sağlık servislerine ulaşımında önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bölgede özürli bireylerin %80-90'ı işsizdir. Özürli kişiler arasında işsizlik oranı Arjantin'de %91, Meksika'da %75'dir. Bölgede özürli çocukların ancak %20-30'u okula devam etmektedir. Honduras'ta okuma yazma bilmeyenlerin oranı genel toplumda %19 iken, özürli arasında %51'dir. Özürli çocuklar arasında düşük okullama oranı, uygunsuz ulaşım, öğrenme materyalleri, okul alt yapılarında ve ulaşımında yetersizlik nedeniyle oluşmaktadır. Brezilya'da özürli çocukların %20'si, Meksika'da %10'dan azı okullama oranı göstermektedir. Özürli bireylerin %20'den azının sosyal güvencesi vardır.

Orta Doğu ve Kuzey Afrika bölgesinde yaklaşık 30 milyon üzerinde özürli birey bulunmaktadır. Bölgede özürliliğin önemli nedenleri: doğumla ilgili nedenler, bulaşıcı ve kronik hastalıklar, sağlık servislerine ulaşım ve yararlanmadaki yetersizlikler, kötü beslenme, kazalar ve şiddet ile ilişkilidir. Bölgedeki ülkeler yaş yapıları ve hastalık çeşitleri nedeniyle demografik dönüşümün farklı aşamalarında bulduklarından, özürliliğin farklı özelliklerini göstermektedirler. Bu ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların yanı sıra kazaların ve meslek hastalıklarının artışı özürliliği artıracığı tahmin edilmektedir. Bölge ülkelerinde iş yeri ortamlarında güvenlik azdır, bölge dünyada trafik kazalarının en yüksek hızda görüldüğü alandır; 2002 yılında yol kazalarında 130.000 kişi ölmüştür. Orta Doğu ve Kuzey Afrika, terör ve silahlı çatışmaların yaygın olduğu bir bölge (Irak, Suriye, Lübnan) olması nedeniyle de özürlilik için özel risk taşımaktadır. Öte yandan bölgede özürliyle ilgili çok az sayıda organizasyon vardır.

Güney Asya, özürliyle ilgili sorunların önem gördüğü bir bölge değildir. Sosyal güvence sistemleri, eğitim, sağlık servisleri yetersizdir. Silahlı çatışmalar, doğal afetler, malnütrisyon ve HIV/AIDS pandemisi bölgede özürlilik sıklığını artıran önemli nedenlerdendir. Afganistan'da özürlilerin yarısı hareket kısıtlılığına sahiptir. Savaş yaraları, kara mayınlarının patlaması amputasyon, körlüğe ve paraliziyeye neden olmaktadır.

Polio sekeline bağlı özürlilikler Hindistan ve Pakistan'da, serebral palsi özellikle Pakistan'da, konuşma ve işitme bozuklukları Bangladeş'te ön plana çıkmaktadır. Çevresel faktörler, örneğin içme suyunun arsenikle kirlenmesi önemli bir sorundur.

Doğu Asya ve Pasifik adaları'nda tüm dünyadaki özürlilerin yaklaşık üçte ikisi (yaklaşık 400.000 kişi) yaşamaktadır. Bölgede özürli hakları ve fırsat eşitlikleri açısından önemli yetersizlikler bulunmaktadır. Özürlilik nedenleri bölgede çok çeşitlidir: beslenme yetersizlikleri, kara mayınlarının patlaması ve trafik kazaları gibi. Bu bölgedeki gelişmekte olan ülkelerin yarısı, yiyecek yetersizliğine bağlı özürlilik riski taşımaktadır. Kamboçya'da erkekler arasında özürlilerin %11'nin nedeni kara mayınlarıdır. Bölge nüfusun 2050 yılında 600.000 ile 1 milyar arasında olması beklenmektedir. Bundan dolayı önümüzdeki yıllarda bu bölgede özürli yaşlı sayısının belirgin şekilde artması beklenmektedir. Tayland ve Vietnam'da önemli özürlilik türü fiziksel ve hareket yetersizliği, Çin'de ise konuşma ve işitme bozuklukları, Filipinler'de görme yetersizliği ve zihinsel özürlilik daha fazladır.

Bu konuda önemli bir sorun, özürli genç ve çocukların %10'undan daha azının eğitime katılıyor olmasıdır. Eğitim alan özürli çocukların önemli bir kısmı ayrı okullarda eğitimlerine devam etmektedirler.

### **Türkiye'de Özürlilik ve Özürlilik Sıklıkları**

Ülkemizde, nüfus sayımı ile özürlilik sıklığı %1.7 olarak bulunmuştur. Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (HNEE) tarafından özgün veri toplanması denemiştir, ancak çok düşük düzeyde veri bulunmasıyla, elde edilen veriler ve sonuçlar analiz edilememiştir.

Zaman içinde doğru verilere olan gereksinimin gittikçe artması nedeniyle, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve Başbakanlık Özürli İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA) tarafından 2002 yılında yapılan Türkiye Özürli Araştırması, ülkemizde özürliyle ilgili ayrıntılı istatistiksel veri sağlamak amacıyla tasarlanmış en önemli ve kapsamlı araştırmadır. Bu araştırma, oldukça geniş alanda ve detaylı yapılmaya çalışılmış olmasına karşın, araştırmanın önemli kısıtlılığı ICIDH ve ICF tanımlamalarına dayanmamış olmasıdır.

## Xii. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Türkiye Özürlüler Araştırması'nda kullanılan tanım, DİE ve ÖZİDA tarafından 'doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyamayan kişilerdir' şeklinde belirlenmiştir.

Bu araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de özürlülük görülme yüzdesi erkeklerde %11.10, kadınlarda %13.45 olmak üzere, genel nüfusta %12.29'dur. Ülkemizde kronik hastalıklara bağlı özürlülük %9.70, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülük ise toplam oransal olarak %2.58'dir. Buna göre ülkemizde 8.431.937 kişi özürlü olarak yaşamlarını sürdürmekte, bunların yaklaşık 1.800.000'i ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü iken, yaklaşık 6.600.000 ise kronik hastalığa bağlı özürlülüğü olanlardır.

Özürlülerin ortanca yaşı erkeklerde 33, kadınlarda 35 olmak üzere, genel olarak 34 yıldır. Araştırma sonuçlarına göre özürlü grubun ortanca yaşı, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerde yaklaşık 34, kronik hastalığı olanlar için yaklaşık 49 yıldır (Ortanca yaş toplam nüfus için ise yaklaşık 26 yıldır).

Özürlü olma oranları yaş grubu bazında incelendiğinde, her iki grupta da ileri yaşlarda artmaktadır. Ancak, bu artış süregelen hastalığı olanlarda diğer özürlü grupndakilere göre daha fazladır; 0-19 yaş grubunda 871.336 özürlü olup, bu oran toplam özürlü nüfusun %10.3'ünü oluşturmaktadır.

Ortopedik özürlülerin %23.9'u, görme özürlülerin %20.4'ü, işitme özürlülerin %29.5'i, dil ve konuşma özürlülerin %46.6'sı ve zihinsel özürlülerin %47.9'u doğuştan nedenlidir. Doğuştan özürlülerin yaklaşık yarısında neden bilinmezken, yaklaşık %20-30'luk diliminde doğum travması, beslenme bozuklukları, kan uyumsuzlukları gibi önlenebilir nedenler görülmektedir.

Özürlülerin en yoğun bulunduğu bölge Marmara Bölgesi (%22.7)'dir. Nüfusun yoğun olduğu, endüstrinin ağırlıklı olarak kurulmuş olduğu Marmara Bölgesi ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşımında da, şansın en kolay yerlerindedir. Elde edilen verileri yorumlarken, bu dağılımları göz önünde tutmak gerekir.

Tamamlanmış eğitim durumuna göre özürlü nüfus oranı verileri, genel nüfusa göre oldukça düşüktür. Özürlülerin yaklaşık %41'i, kronik hastalığı olanların yaklaşık %47.10'u ilkökul mezunudur. İlkokul sonrası eğitim düzeyi ise oldukça düşüktür. Yüksek okula devam eden özürlü oranı %2.24, kronik hastalığa sahip olanlarda ise %4.23'dür.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların, 2002 yılına göre yalnızca %47.55'inin sosyal güvencesi vardır. Sosyal güvencesi olanların %45.21'inin sosyal güvenlikleri kendi adlarındadır. Kronik hastalığı olanların %63.67'sininin sosyal güvenlikleri varken, bu durum %36.33'ünde kendi adlarındadır. Kentte yaşayanlarda sosyal güvenliğe sahip olanların oranı kırdaki yaşayanlara göre daha yüksektir.

Onbeş yaş ve üzeri yaştaki özürlü nüfus için yapılan işgücü durumuna göre özürlü nüfus oranı hesaplamasına baktığımızda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü nüfus içinde işgücüne katılma oranı %21.71 iken, işgücüne katılmayan özürlü nüfus oranı %78.29'dur. İşgücüne katılım oranı kentte %25.61 iken, kırdaki %17.76 olarak farklılık göstermektedir. Bu oranlar kadınlarda %6.71 iken, erkeklerde %32.22 olarak bildirilmiştir.

### Sonuç ve Öneriler

Dünyadaki her toplumda oluşan, gelecek yüzyılda daha da artacağı bilinen özürlülük hali, toplumsal yaşamdan dışlanma, utanma ve ön yargının en yaygın nedenidir. Ülkemizde olduğu gibi, halen birçok ülkenin "özürlülerin insan hakları ve sağlık sistemi içerisinde rehabilitasyonunun geliştirilmesi için" politikaları bulunmamaktadır.

Dünyada yeni yeni sosyal politikalar üretilerek, özürlü kişiler tüm yönleriyle ele alınmaktadır.

Dünyadaki özürlülerin önemli bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Oluşturulacak sosyal politikalarda bu durumun göz önüne alınması gerekmektedir.

Özürlülüğün anlaşılmasındaki sosyal modellere dayanarak, özürlülerin kazanımında DSÖ tarafından geliştirilen 'Toplum temelli rehabilitasyon', insan haklarına ve bu hakların geliştirilmesine dayanması, tüm özürlülere eşit fırsatlar

vermek için yüksek şansa sahip olması ve ayrımcılığı önleyecek işlevsel katkılarından dolayı özürli insanların gereksinimlerinin topluma dayalı olarak karşılanması için uygun bir strateji olarak kabul edilmeli ve tüm dünyada yaygınlaştırılmalıdır.

#### Kaynaklar

- 1- USAID:[http://www.usaid.gov/locations/sub-aharan\\_africa/features/disabilities.html](http://www.usaid.gov/locations/sub-aharan_africa/features/disabilities.html) (Erişim tarihi: 1.08.2008)
- 2- World Bank Fact Sheet: Disability and development in the East Europe and Central Asia Region.
- 3- World Bank Fact Sheet: Disability in Latin America& the Caribbean
- 4- Şahin H.: Engellilik Kimin sorunu? Birin mi?. Toplumun mu?. Öz-Veri Dergisi 2004; 1(1): 48-65.
- 5- Ertürk BB.: İşlevsellik, yetiştirimi ve sağlığın ululararasi sınıflandırılması. Öz-Veri Dergisi 2004; 1(1): 65-85.
- 6- Statistics New Zealand. Disability Counts 2001. Wellington-New Zealand. (2001)
- 7- UNESCAP., Social Statistics: Disability Statistics Subcommittee on Statistics First Session. Bangkok (2004)
- 8- Statistics Canada. Disability in Canada-A 2001 Profil, Canada. (2003)
- 9- Schneider M.: Participation and Environment in the ICF and measurement of disability. United Nations International Seminar on Measurement of Disability. New York (2001)
- 10- WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva (2001).
- 11- Çalık S.:Özürlülüğün ölçülmesinde metodolojik yaklaşımlar ve 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması. . Öz-Veri Dergisi 2004; 1(2): 303-331.
- 12- Ergün M.:Toplumsal bir sorun çözümlenici olarak özürli hakları hareketinin gelişimi. . Öz-Veri Dergisi 2004; 1(2):341-356.
- 13- Metintas S.: Topluma dayalı Rehabilitasyon. STED 2006; 15(2): 20-22.
- 14- WHO: International consultation to review community-based rehabilitation (CBR). URL: <http://www.who.int/ncd/disability> (Erişim tarihi: 1.08.2008)
- 15- Seyyar A.:AB'de ülkelerde sosyal hizmetler kapsamında tıbbi rehabilitasyon uygulamaları. Birinci Sosyal Hizmetler Şurası. Nisan 2004. Ankara. sy: 437-447.
- 16- Bölükbaşı R.: Toplum temelli rehabilitasyon. Öz-Veri Dergisi 2004; 1(1): 16-29.
- 17- Dejong G, Palsbo SE, Beatty PW et al.: The organization and financing of health services for person with disability. The Milbank Quarterly 2002; 80(2): 261-301.
- 18- Osunluk H, Uğurlu B.: Özürlü kadınlar ve ayrımcılık. Öz-Veri Dergisi 2005; 2(1):410-426.
- 19- T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Yayın No: 2913, 2004.
- 20- İler E.: İnsan hakları açısından özürli kişilerin hakları sözleşmesine genel bir bakış. Öz-Veri Dergisi 2007; 4(1): 965-979.
- 21- Erbil F.: Yoksulluk ve özürllülük. Öz-Veri Dergisi 2007; 4(1):940-964.
- 22- Mont D.: Measuring disability prevalence. Social Protection Paper, The World Bank, No: 0706, 2007.
- 23- <http://www.disabilitycanhappen.org> (Erişim tarihi:01.09.2008)

## ICF BAĞLAMINDA TANIMLAR VE ÖZÜRLÜ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzman Dr., Uzman Odyolog Berrin ERTÜRK

Toplumların fiziksel fonksiyonları ile ilgili bilgi edinmenin önemi her geçen gün artmaktadır. Geniş toplum taramaları için önerilebilecek pratik ölçme yöntemlerinin sayısı fazla değildir, ayrıca uygulanan farklı yöntemler nedeniyle karşılaştırma yapılması zor olmaktadır. Kullanılmakta olan ölçüm yöntemleri bireysel bildirim ve performansa dayalı ölçümlerdir. Gelecekte sağlık araştırmalarında güvenilir veri elde edebilmek ve bu verilerinin uluslararası karşılaştırılabilir olmasını sağlamak için hem anket hem de performans testlerinin birlikte kullanılması, bunların geliştirilmesi, ve uluslararası işbirliği ile verilerin karşılaştırılabilirliğinin sağlanması gerekir.

Sağlık alanında veriler daha çok hastane bilgi sistemleri ile hastalık ve ölüm istatistiklerinden sağlanır. Binlerce hastalığın ve bunların insan üzerindeki etkilerinin istatistiksel veri haline getirilmesi için kolay, kullanışlı, pratik, anlaşılır bir sınıflandırma sistemi gereklidir. Bu sınıflandırmanın hasta kayıtları ve sağlık yönetimi açısından da uygun olması gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık ve sağlıkla ilgili durumlar hakkında geniş kapsamlı bilgilerin kaydedilerek organize edilmesi amacıyla ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) olarak bilinen "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması" nı geliştirmiştir. ICF son yıllarda dünya çapında işbirliği ile oluşturulan bir yöntem olup Mayıs 2001'de ki Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ'nün uluslararası sınıflandırmalarından biri olarak kabul edilmiştir. ICF sağlığın yanı sıra, eğitim, sigorta, sosyal güvenlik, insan hakları, iş sağlığı, sağlık ve özürllük ile ilgili politikaların oluşturulması, istatistiklerin elde edilmesi gibi bir çok alanda kullanılması hedeflenerek, klinik koşullarda ihtiyaçların belirlenmesi, özel sağlık durumlarında yapılacak tedavinin seçimi, rehabilitasyon ve rehabilitasyonun sonuçlarının değerlendirilmesi için kullanılması amaçlanmıştır (WHO, 2001; Üstün ve ark 2003; Stucki ve ark. 2002).

### ICF'in Tarihsel Gelişimi

1973 yılında DSÖ Philip Wood adlı araştırmacıyı bir sınıflandırma sistemi oluşturması için görevlendirmesi ile ilk Uluslararası sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. Oluşturulan bu sınıflandırma bozukluk (impairment), yetiyitimi (disability), engel (handicap) olarak 1980 yılında yayınlanmış, yıllar süren tartışmalar ve yenilemeler (revizyonlar) sonucunda 1993 yılında DSÖ bu dökümanı "Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması", ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) adı altında kabul etmiştir. DSÖ sınıflandırmanın klinik ortamda kullanıma uygun olması gerektiği bilinci ile tekrar revize edilmesi için resmi ve sivil organizasyonlarla ve özürllüleri temsil eden gruplarla ortaklaşa revizyon çalışması yapmıştır. Yaklaşık 10 yıl süren yoğun bir çalışma ile sınıflandırma ve değerlendirmelerle ilgili literatür taramaları yapılmış, insanların vücut, birey ve sosyal alanlardaki işlevselliği ile ilgili 3000 den fazla sınıflandırma alanı içeren bir havuz oluşturulmuştur. Bu çalışmaların sonucunda DSÖ revizyon ekibi tarafından geliştirilen ICIDH-2 elde edilmiştir. (WHO 1999). ICIDH-2'nin 15 ülkede alan çalışmaları yapılarak uygulanabilirliği ve güvenilirliği test edilmiş, son şekli verilerek 2001 yılında "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması" (ICF) adıyla yayınlanmıştır. ICF'in yeni versiyonunda tüm maddeler örnekler ile açıklanarak daha kullanışlı hale getirilmiş, kodlamada nötr terminoloji kullanılmış, çevresel faktörlerin eklendiği biopsikososyal bir çerçeveye oluşturulmuştur. (Theats, 2001)

1994-2001 yılları arasında 7 yıl süreyle 61 ülkede alan testi uygulanmış, ICF taslağının 27 dile çevirisi yapılmış, 38 ulusal, 7 uluslararası işbirliği konferansı düzenlenmiş, 2000 canlı vaka değerlendirmesi, 3500 vaka özeti değerlendirmesi yayınlanmıştır (WHO 2001)

ICF sınıflandırmasının genel amacı, sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak, standart bir dil ve çerçeve oluşturmak, sağlığın bileşenleri ve iyilik halinin sağlıkla ilgili bazı bileşenlerini (eğitim ve iş gücü gibi) tanımlamaktır. Bu nedenle, ICF içinde kapsanan alanlar sağlık alanları ve sağlıkla ilgili alanlar olarak görülebilir. Bu



alanlar, vücut, toplum ve birey bakış açılarından, iki liste halinde tanımlanmıştır:

I-Vücut İşlevleri ve Yapıları

II Aktiviteler ve Katılım.

Sınıflandırma olarak, ICF, bir insan için herhangi bir sağlık koşulunda, farklı alanları sistematik biçimde gruplar (örneğin, bir bozukluğu ya da hastalığı olan kişi ne yapar veya ne yapabilir). İşlevsellik, tüm vücut fonksiyonlarını, aktiviteleri ve kişinin katılımını kapsayan geniş bir terimdir; benzer şekilde, yetiyitimi bozukluklar, aktivite sınırlılıkları veya katılım kısıtlılıkları için geniş kapsamlı bir terimdir. ICF'de ayrıca tüm bu yapılarla etkileşimi olan çevresel faktörler de sıralanmıştır. Böylece, kullanıcı için, pek çok alanda kişinin işlevselliği, yetiyitimi ve sağlığının kaydedilmesine olanak sağlar.

#### **ICF'in Amaçları**

ICF, çeşitli disiplinler ve farklı sektörlerle hizmet etmek amacıyla tasarlanmış kapsamlı bir sınıflandırmadır. Özel amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık koşullarının etkileri için bilimsel temel oluşturma
- İletişimi geliştirmek için ortak bir dil geliştirme
- Bilgilerin karşılaştırılmasını sağlama (Ülkeler arası,sağlıkla ilgili alanlar,hizmetler ve zaman)
- Sağlık bilgi sistemi için sistematik kodlama yöntemi oluşturma

#### **ICF in Özellikleri**

- Tüm insanlara uygulanabilir
- Özur gruplarını değil yetiyitimi ve işlevselliği sınıflar
- Etiketleyici değil tanımlayıcıdır
- İnsanı yaşadığı çevre içinde değerlendirir
- Evrenseldir
- Sağlık ve sağlıkla ilgili durumları tanımlar
- İrk, cinsiyet, din vb diğer sosyoekonomik etmenleri kapsamaz.

#### **ICF in Kullanım Alanları**

- Sağlık sektörü
- Sosyal güvenlik
- Eğitim sektörü
- İş alanı
- Ekonomi
- Yasalar ve politika oluşturma

1998 de Birleşmiş Milletler metodolojik rehberinde ülkelerin nüfus ve hane halkı araştırmalarında, özürllük araştırmalarında özürllük tanımı,soruların oluşturulması,verilerin klasifikasyonunda ICF in temel alınmasını önermektedir.

#### **Birleşmiş Milletlerin ulusal araştırmalar için önerileri:**

1- Ortak dil ve nötral terminolji kullanımının yaygınlaşması, bölgeler arası karşılaştırmaların yapılabilmesi için özürllük araştırmalarında ICF in temel alınması

- 2-özürlü bireyi saptarken aşağıdaki prensiplere uyulması
- a-sorular aktivite kısıtlılığını belirlemeli,
- b-Sorularda aktivite kısıtlılığı sağlık durumuna göre sorulmalı
- c-Sorular aktivite kısıtlılığının tipini belirlemeli
- d-Soru kişinin aktivite kısıtlılığının dercesini belirleyecek tarzda olmalı sadece evet/hayır yerine, hiç, biraz, çok, evet/bazen,sık sık gibi ifadeler kullanılmalı

### **Ellidördüncü Dünya Sağlık Toplantısında aşağıdaki kararlar alınmıştır.**

1. Bozukluklar, Yetiyitimi ve Engellerin Uluslararası Sınıflandırmasının ikinci versiyonunu (ICIDH), İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması başlığı ile ONAYLAR, bundan böyle kısaca ICF olarak adlandırılacaktır;
2. Üye Devletlerin, araştırmalarda, uygun olduğu koşullarda gözetim ve raporlarda ICF'i kullanmalarını, özellikle yeni versiyonların geliştirilmesinde ICF'i göz önüne almalarını TEŞVİK EDER;
3. Üye Devletlerden istek geldiği durumda, Genel Başkan'ın ICF'in kullanımına destek sağlamasını TALEP EDER.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ve Birleşmiş Milletlerin Üyesi olarak Türkiye'de ICF'in uygulanması amacıyla DSÖ'ye ICF'nin kullanım hakkı için talebini bildirmiş ve olumlu yanıt almıştır. Sınıflandırmanın Türkçe çevirisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı tarafından yapılmış ve DSÖ tarafından onaylanmıştır. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı tarafından ICF'in Türkçe basımı yapılarak tüm üniversitelere gönderilmiş ayrıca web sayfasında da yayınlamıştır. 5378 sayılı özürlüler hakkındaki kanunun 5.maddesinde " Özürlülerle ilgili derecelendirmeler, sınıflandırmalar, tanılamalar uluslararası özürlülük sınıflandırması temel alınarak hazırlanan özürlülük ölçütüne göre yapılır. Özürlülük ölçütünün tespiti ve uygulama esasları, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ile Özürlüler İdaresi Başkanlığınca müştereken çıkarılacak yönetmelikle belirlenir" denilmektedir.16 Temmuz 2006 tarih ve 26230 sayılı resmi gazetede yayınlanan "Özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik " kapsamında yer alan özürlü değerlendirmeleri ICF kriterleri göz önüne alınarak özürlünün fonksiyon kaybının değerlendirilmesi şeklinde hazırlanmıştır. Bu nedenle özürlülük alanında yapılacak her türlü çalışmalar için ICF in kullanılması yasal olarak da desteklenmektedir.

### **Kaynaklar**

- 1- ARHANAT S.,Nochajki S.M.,Stone J.,The International classification of Functioning,Disability and Health and Its Application to Cognitive Disorders, 26,4,235-45,(2004).
- 2- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, Benefits and Uses of The ICF For Australia, ICF Australian User Guide V1.0, [http://www.aihw.gov.au/publications/dis/icfaugv1/ug\\_s10\\_1.html](http://www.aihw.gov.au/publications/dis/icfaugv1/ug_s10_1.html)
- 3- HAGLUND, I.,Henrikson C.,Concepts in Occupational Therapy In Relation To The ICF,Occupational Therapy International,10,4,253-268,(2003).
- 4- HEERKENS, Y., Van Der Brug, Y., Napel H.T., Ravensberg, D.V., Past and Future Use Of The (Former ICIDH) by Nursing and Allied Health Professionals, Disability and Rehabilitation,25,11-12, 620-27(2003).
- 5- HWANG, J., Nochajski, S.M.,The International Classification Of Function, Disability and Health (ICF) and Its Application With AIDS, Journal of Rehabilitation,69,4, (2003)
- 6- MADDEN R.,Choi C., Sykes C., The ICF as a Framework for National Data: the Introduction of ICF into Australian Data Dictionaries, Disability and Rehabilitation, 25,11-12,676-682
- 7- MBOGONÍ, M., On The Application ofThe ICDH and ICF in Developing Countries: Evidence From The United Nations Disability Statistics Database(DISTAT), Disability and Rehabilitation, 25, 11-12,644-58,(2003).
- 8- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIAL, ICF in Italy Project, (www.welfare.gov.it)

- 9- OTTENBACHER, K.J., *Rehabilitation Science Curriculum: University of Texas Medical Branch, Technology and Disability*, 12,123-127,(2000).
- 10- SIMEONSSON, R.J., Leonardi M.,Lollar D., Björck-Akesson E., Hollenweger J., Martuzzi, A., *Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) To Measure Childhood Disability*, *Disability and Rehabilitation*, 0,0, 1-9,(2003).
- 11- SINNOTK.A.,Dunn J.A.,Rothwell A.G.,*Use of The ICF Conceptual Framework to Interpret Hand Function Outcomes Following tendon Transfer Surgery for Tetraplegia*,*Spinal Cord*, Apr. 27,Abstract,(2004).
- 12- STEPHENS, D.,*World Health Organization's International classification of Functioning, Disability and Health-ICF*, *Journal of Audiological Medicine*, 13,3,(2001).
- 13- STUCKÍ, G., Cieza A.,Ewert, T., Kostanjsek, n.,Chatterji, S., Üstün B.T., *Application of The International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF) in Clinical Practice*, *Disability and Rehabilitation*, 24,5,281-2, (2002).
- 14- STUCKÍ, G.,Ewert T., Cieza A., *Value and Application Of The ICF In Rehabilitation Medicine*, 25, 628-34,(2003).
- 15- THREATS, T.,*New Classifications Will Aid Assessment and Intervention*, *The ASHA Leader*, (2001)
- 16- UEDA, S., Okawa, Y., *The Subjective Dimension of Functioning and Disability: What Is It and What Is It For*, *Disability and Rehabilitation*, 25,596-601, (2003).
- 17- ÜSTÜN.T.B.,Chatterji S.,Bickenbach J., Kostanjsek N.,Schneider M.,*The International Classification of Functioning,Disability and Health: A New Tool for Understanding Disability and Health*, *Disability and Rehabilitation*, 25, 11-12, 365-71,(2003).
- 18- WESSELS, R.D.,Witte L.P., Jelleoo S.,Van Den Hauwel WPM., Van Den Hauwel WJA.,*Effectiveness of Provision ofOutdoor Mobility Services and Devices in The Netherlands*, *Clinical Rehabilitation*,18,371-378,(2004).
- 19- WHO Family of International Classifications Implementation Committee, *Draft Report: Informal meeting on ICF Haziran 19-20,2003*,( Ministero Del Lavoro E Delle Politiche Social, CD).
- 20- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *ICIDH-2 International Classification of Functioning and Disability*,Beta-2 Draft,(Ed.Üstün T.B.),Geneva, World Health Organization,(1999).
- 21- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Classification of Functioning, Disability and Health*, World Health Organization,Geneva,(2001)

## GIDA KATKI MADDELERİ

**Doç. Dr. Recai OĞUR**

GATA Halk Sağlığı AD, Ankara

### A. GİRİŞ

İnsanoğlunun yaşamını sürdürebilmesi için gereken en temel maddelerden olan ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununda da "olduğu gibi ya da herhangi bir işleme tabi tutulduktan sonra insanlar tarafından her ne şekil ve surette olursa olsun yenilip içilmeye mahsus maddeler" olarak tanımlanan gıdaların sağlanma şekli, ilk çağlardan bugüne ciddi değişikliklere uğramıştır. İnsanlar, aralarında iş bölümü yapmaya başlamalarından itibaren başkalarının ürettiği besinleri tüketmeye yönelmişlerdir. Ortaçağda toplu gıda üretim ve tüketiminin ortaya çıkmasıyla beraber, insanlar tanımadıkları kişilerin ürettikleri gıda maddelerini tüketme durumunda kalmışlardır. Sanayileşme ve hızlı kentleşme sonucu toplu gıda üretimi ve tüketimi yaygınlaşmış, bu amaçla açılan işyerlerinin sayısı hızla artmıştır(1).

Günümüz dünyasında yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile, bu gelişmelerin zorunlu kıldığı toplumsal yaşam koşullarının değişimi, insanların beslenme şekillerini ve tercih ettikleri gıda tiplerini eskisinden oldukça farklı hale getirmiştir. Teknolojik işlemlerden geçmiş hazır yiyeceklerin günlük kullanımda artan bir yer tutmasıyla birlikte, bu tür gıda maddeleri ve ürünlere katkı maddeleri eklemek kaçınılmaz hale gelmiştir. Endüstrideki gerekliliğine karşılık, çok geniş çapta insan topluluklarının sağlığını etkiliyor olması ve genellikle bu etkilerin hemen ortaya çıkmaması nedeniyle, kullanımı zorunlu hale gelen gıda katkı maddeleri toplum için tahmin edildiğinden çok daha ciddi bir öneme sahiptir ve katkı maddelerini uygulayan ile kullananların bu konuda ivedi bir şekilde ve yeterince bilgilendirilmesi gerektiği açıktır. Ülkemizde kullanılan katkı maddelerinin pek çoğunun analizleri sonuçlanmış ve günlük tüketilebilir miktarları saptanmıştır (2)

### B. TANIMLAR

Tüketime sunulan veya sunulacak olan gıdaların görünüm ve lezzetlerini tüketicinin arzu ettiği duruma getirmek, bozulmalarını önleyerek gıdaların raf ömrünü uzatmak amacıyla gıdalara tüketime sunulmadan önce bilinçli ve amaçlı olarak ilave edilen maddelere Gıda Katkı Maddeleri (GKM) denmektedir (2). Yine GKM, Sağlık Bakanlığı'nın gıda katkı maddeleri yönetmeliğinde şu şekilde tanımlanmıştır: "Normal koşullarda tek başına tüketilmeyen ya da tipik gıda bileşeni olarak kullanılmayan ve besinin üretilmesi, işlenmesi, hazırlanması, ambalajlanması, taşınması, depolanması sırasında teknolojik amaçla ya da beklenen sonucu elde etmek için ürüne ya da bir öğesini elde etmek için yan ürüne doğrudan ya da dolaylı olarak ve bilinerek katılan maddelerdir."(3)

Gıdalara hile ve gıda değerini arttırmak amacıyla katılan maddeler ise gıda katkı maddesi değildir. Katkı maddeleri, gıdalara bilinçli ve amaca yönelik olarak katılırken çeşitli koşullar (E bölümü) da yerine getirilmelidir (2).

### C. GKM İLE İLGİLİ ULUSLARARASI KURULUŞLAR

Hızlı endüstrileşme ve kentleşme hazır yiyecekler için talebi arttırmaktadır. Bu talebin sonucunda da gıdalara çok değişik kimyasal maddelerin katılması uygulamaları başlamıştır. Bu durum tüketiciler arasında alerjik ve toksik reaksiyonların görülmesine neden olabilmektedir. Durumu gözleyen ve değerlendiren WHO ve FAO( Food and Agriculture Organisation), konu ile ilgilenilmesini kararlaştırmıştır. Birleşmiş Milletlere bağlı bulunan bu iki kuruluş, 1956 yılında gıdalara katılan maddeler hakkında bilgi toplamaya ve bunları değerlendirmeye başlamıştır. Kuruluşlar elde edilen verilere dayanarak katkı maddelerinin güvenilir düzeyde kullanılmaları hakkında hükümetlere önerilerde bulunmayı hedef almışlardır. Katkı maddeleri konusunda çalışmalar yapmak üzere WHO ve FAO, The Joint Expert Committee on Food Additive : "JECFA" adı verilen eksperler komitesini kurmuşlardır. Bu komite 1962 yılından itibaren Dünya Codex Alimentarius Commission' una önerilerde bulunan bir organ halinde çalışmalarını sürdürmektedir (2).

**TABLO 1. JECFA'nın Yayınlarında Kullandığı Kısaltmalar**

ADI	(Acceptable Daily Intake) Kabul edilen günlük tüketilebilecek miktar (mg/kg vücut ağırlığı olarak)
FU	(Full) Tam veya Şartsız ADI. Bu sembol bu katkı maddesi ile ilgili değerlendirmelerin tamam olduğunu ve belirtilen ADI değerlerinde kullanılacağını belirtir.
GMP	(Good Manufacturing Practise) Üretim tekniğinin gerektirdiği miktar.
GRAS	(Generally Recognised As Safe) Tüketimi sakıncalı olmayan miktar.
LGMP	İyi bir işleme tekniğinin gerektirdiği miktarda sınırlı.
N	Daha önce belirtilen özelliği dışında yeni bir özellik belirtilmemiştir.
NO	Henüz ADI değeri saptanmamıştır. Mevcut bilgiler yeterli değildir. Kullanılmasından vazgeçilmesi düşünülmemekte ise de daha çalışma ve analizlerin yapılması gereklidir.
NS veya NL	ADI sınırlaması yoktur. Katılan maddenin toksik etkisi yoktur ve teknolojinin gereğine veya tüketicinin revaç derecesine göre katılabilir.
NT	Yeni geçici bir özellik düzenlemesi yapılmıştır.
Ö	Herhangi bir özellik belirtilmemiştir.
R	Özellikte yeni düzenleme yapılmıştır.
RT	Özellikte yeni düzenleme yapılmıştır, ancak geçicidir.
S	Yayında belirtilen özellik devam etmektedir.
ST	Mevcut özellik devam etmektedir, ancak geçicidir.
T	Belirtilen özellik geçicidir, kesinleşmemiştir.
TE	Geçici ADI değeri olduğunu, ADI değerinin yapılacak çalışmalara göre değişebileceğini gösterir.

Komite Genelde Aşağıdaki Konularda Çalışmalar Yapmaktadır :

1. Gıdalara katılacak maddelerin izin verilen maksimum miktarlarını belirler ve onaylar.
2. Gıda katkı maddeleri ile ilgili listeleri hazırlayarak değerlendirir.
3. Gıdalarda katkı maddelerinin analizini yapabilmeye kullanılan yöntemleri gözden geçirecek standardize eder.
4. Gıdalarda kullanılan katkı maddelerinin sağlık üzerindeki zararları konusunda çalışmalar yapar. sağlık üzerinde olumsuz etkisi olan veya olduğu düşünülen katkı maddelerine geçici olarak izin verir. Analizler tamamlandığında ADI miktarını belirtir veya kullanımdan kaldırır.

#### **D. GKM' NİN SINIFLANDIRILMASI (2)**

##### **1. Bozulmayı Önleyenler (Prezervatifler)**

- a) Antimikotikler (küflenmeyi önleyiciler)
- b) Mikrop Antagonistleri (bakteri üremesini önleyiciler)
- c) Antioksidanlar (oksidatif bozulmayı, acılaşmayı önleyiciler)
- d) Antibrowning Ajanlar (enzimatik bozulmayı önleyenler)

## 2. Görünüm, Lezzet, Yapı ve Kaliteyi Geliştirenler

- a) Boyalar ve Renklendiriciler
- b) Tat, Koku Vericiler ve Arttırıcılar
- c) Asit veya Baz Yapıcılar ve Nötralize Ediciler
- d) Yapı (Texture) Geliştiriciler, Emülsifiyanlar

## 3. Diğerleri

- a) Diğer Additifler
- b) Solventler
- c) Filtre Ediciler

### • Besin Etiketleme ve “E” Numaraları (3)

Hazır gıdaların paketleri üzerinde kullanım amaçlarına göre GKM kategorileri, bunu izleyen özel adlar ve “E” numaraları ile belirtilir. “E” numaraları Avrupa Birliği ülkelerinde GKM’yi pratik bir şekilde kodlamak için geliştirilmiştir. “E” numaraları ve özel adları gıdaların dış satım ve iç alımları sırasında kolayca tanınmalarını sağlamaktadır. “E” numara sistemi ile GKM’nin temel işlevlerine göre sınıflandırılması aşağıdaki gibidir:

1. Renklendiriciler	E 100 - 180
2. Koruyucular	E 200 - 297
3. Antioksidanlar	E 300 - 321
4. Emülsifiyer ve stabilizatörler	E 322 - 500
5. Asit baz sağlayıcılar	E 500 - 578
6. Tatlandırıcılar, koku verenler	E 620 - 637
7. Geniş amaçlı GKM	E 900 - 927

### E. GKM’NİN KULLANIM NEDENLERİ ve KOŞULLARI

Günümüzde uygulanan üretim teknikleri sayesinde gıda sektöründe verim artışı, kayıpların en aza indirilmesi, ürün kalitesinin artırılması ve standardizasyonu, ürünlerin dayanma sürelerinin artırılması ve değişik yeni gıdaların üretimi gibi uygulamalar gerçekleşmiştir. Tüm bu gelişmelerde GKM’nin gıda endüstrisinde kullanılması etkili olmuştur. GKM’nin kullanım alanları şu şekildedir: (3)

1. Renklendiriciler: Boyalar ve pigmentler, gıdaların işlenmeleri sırasında kaybolan doğal renklerinin kazandırmak, tüketicieye çekici hale getirmek için besinlere katılırlar.

2. Koruyucular: gıdaların mikrobiyal bozulmalarını önlemek için katılırlar.

3. Antioksidanlar: Yağların bozulmalarını, acılaşmalarını önlemek için kullanılmaktadır.

4. Emülsifiyerler ve Stabilizörler: Emülsifiyerler, yağlarla suyun karışımını sağlamak için kullanılmaktadır. Stabilizörler, emülsiyonların dayanıklı hale getirilmelerini ve bileşenlerine ayrılmalarını önlemek için kullanılırlar.

5. Tatlandırıcılar : Şekerden daha tatlı olan bu maddeler çok düşük miktarlarda ve besinleri tatlandırmak için kullanılırlar.

6. Geniş Amaçlı GKM: Bunlar aroma vericiler, çözücüler, polifosfatlar gibi geniş amaçlı olarak kullanılan GKM’lerdir.

GKM gıdalara bilinçli ve amaca yönelik olarak katılmaları yanında, aşağıda sıralanan koşullara uygun kullanılmak zorundadırlar (2).

1. Gıda katkı maddelerinden hiçbiri, hangi amaçla gıdaya katılmış olursa olsun insan sağlığına zarar vermemelidir. Kullanılacak katkı maddesi hakkında analiz sonuçları ve kullanılma miktarları bilinmelidir.
2. GKM katıldığı yiyecek ve karışımın besleyici değerine zarar vermemeli, gıda değerini azaltmamalı ve değiştirmemelidir. Gıdaların içerisinde bulunan vitaminleri tahrip etmemeli ve gıdaların emilimini azaltmamalıdır.
3. Gıdaya katılması düşünülen veya istenilen GKM' nin özellikleri hakkında bilgiler bulunmalı, bu konuda in-vivo ve in-vitro deneyler yapılmalıdır. Katkı maddesi olarak kullanılan maddeler belirgin özelliklerine göre belirlenmeli ve belirlenen GKM' nden başkası kullanılmamalıdır.
4. Katılması düşünülen katkı maddesinin kantitatif analizini yapabilecek güvenilir analiz metodları bulunmalı ve bu analizleri yapacak, kontrol hizmetlerini yürütecek kurumlar olmalıdır. Ülkede bulunan laboratuvarlar GKM'nin analizlerini yapacak koşullarda değil ise uluslararası kuruluşların inceleme sonuçlarından yararlanılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü' nün alt kuruluşlarından birisi olan Gıda Tarım Örgütü ve Dünya Sağlık Teşkilatının Gıda Katkı Maddeleri Ekspert Komitesi (JECFA - Joint FAO / WHO Expert Committee on Food Additives) her yıl GKM ile ilgili toplantılar yapmakta ve bunları yayınlamaktadır. JECFA' nın düzenlemiş olduğu toplantılarda GKM konusunda uzman ve yetkili ülke temsilcileri bulunmaktadır.
5. Katkı maddesinin hangi gıdalara ne miktarda ve hangi amaçla katılabileceği GKM Kodeksinde belirtilmiş olmalıdır. Gıdaya belirlene miktarlardan fazlası katılmamalı ve üretimleri sırasında katkı maddesi kullanılan gıdalar sürekli denetlenmelidir.
6. Katılan maddelerin açık ismi ve miktarı gıdaların üzerindeki etikette belirtilmelidir.
7. Katkı maddesi, katıldığı maddelere homojen olarak dağılmış olmalı ve ürünün maliyetini arttırmamalıdır.
8. Gıdaya katılan katkı maddesi gıdanın bozukluğunu maskeleyici ve tüketiciyi aldatıcı olmamalıdır.
9. Bazı gıdalara, özellikle çocuk mamalarına ve diyet gıdalarına katılması düşünülen katkı maddesinin katılma koşulları ve miktarları özel izne tabi olmalıdır.

#### F. GKM' NİN SAĞLIK ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Her geçen gün yeni bir ürünün tüketiciye sunulması ve ürünlerin çeşitlenmesi, GKM' nin de çeşitlenmesine ve sayılarının giderek artmasına neden olmuştur. Bu maddelerle ilgili olarak unutulmaması gereken bir gerçek de bunların kimyasal bileşikler olduklarıdır. Tuz, sirke, şeker gibi doğal katkı maddelerinin bile fazla miktarda tüketiminin insan sağlığı üzerine olumsuz etki yaptığı düşünülürse, GKM kullanılırken ne kadar dikkatli davranmamız gerektiği net bir şekilde ortaya çıkar. Herhangi bir katkı maddesinin bir ürüne katılması düşünülüyorsa, bu maddenin insan sağlığı üzerine olan uzun ve kısa vadeli etkilerinin iyi planlanmış ve uzun vadeli hayvan deneyleriyle saptanması gerekir. Kullanılmasına izin verilen gıda katkı maddelerinin etkileri de, toplum bazında, epidemiyolojik yöntemlerin kullandığı sürekli çalışmalarla izlenmelidir. Gıda katkı maddelerinin insan sağlığı üzerine olan etkileri uzun süreli tek yönlü beslenme ve gıdalarla yüksek miktarlarda alınmasına bağlı olarak ortaya çıktığı için, son derece dikkatli olmalı ve uzun vadeli etkileri gözden kaçırmamak gerekmektedir. Gıda katkı maddelerinin sağlığımız üzerine olan etkilerini ortadan kaldırmak veya en aza indirmek için şu konulara dikkat etmek gerekmektedir(2):

- Gıda üreticileri bilinçlendirilerek üretimde kullanılması zorunlu olan katkı maddelerinin önerilenden daha fazla kullanılması önlenmeli
- Tüketici: özellikle adölesan, gebe, emzikli ve çocuklar gıda katkı maddeleri ve zararları konusunda aydınlatılmalı
- Tek yönlü beslenmeden kaçınılmalı, yeterli ve dengeli beslenme unsurları sağlanmalı
- Günlük diyetin ancak çok az bir bölümü hızlı hazır yiyeceklerden oluşmalı veya mümkünse hızlı hazır yiyecekler diyetle dahil edilmemeli
- Tüketicinin sağlıklı gıdalarla beslenme, eğitime-bilinçlendirilme ve korunma hakkı yerine getirilmeli
- Tüketici gıdaları alırken gıdanın raf ömrüne ve içeriğine mutlaka dikkat etmeli

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Adresi belli olmayan gıda üreticileri denetim altına alınmalı. Denetim mekanizması iyileştirilmeli
  - Adresi ve üretim kalitesi belili olmayan mamul maddeler sadece fiyat kaygısından dolayı tüketilmemeli
- Aşağıdaki tablolarda bazı gıda katkı maddelerinin sağlık üzerine etkileri gösterilmiştir.

**TABLO 2. Asitleştirici ve Antioksidan Olarak Kullanılan GKM'nin Sağlık Üzerine Etkileri (2,4).**

Katkı Maddesi	Sağlık Sorunu	Katılmasına İzin Verilen Besinler
E 310 Propil Gallat E 311 Oktil Gallat E 312 Dedosil Gallat	Karaciğer harabiyeti ve barsak irritasyonu	Katı ve sıvı bitkisel yağlar, margarinler, patates cipsi, bisküvi, gofret, kek, kurabiye, pasta v.b., çerezler ve kakaolu mamuller.
E 320 BHA (Bütillendirilmiş Hidroksi Anisol) E 312BHT (Bütillendirilmiş Hidroksi Tolien)	Deri döküntüsü	Katı ve sıvı bitkisel yağlar, margarinler, bisküvi gibi hazır pastalar, çorbalar, çerezler et suyu ve ekstratı kuru hazır çorbalıklar.
E250-251 Nitrit ve Nitrat	Kansere neden olan nitrozaminleri oluşumu, kanın oksijen taşıma yeteneğini azalma	Salam, sosis v.b. gibi işlem görmüş et ürünleri, sucuk tipi fermente et ürünleri.
E 223 Sodyum Meta Bisülfid.	Astımlılarda kriz provakasyonu. Bakterilerde mutasyon, tiamin harabiyet.	patates cipsi ve püresi, bisküvi, gofret, kek, kurabiye, pasta v.b., sirke, karides
E 210 Benzoik Asit	Astım, deri döküntüleri, hiperaktivite	Margarin, zeytin ezmesi, sofralık zeytin, alkolsüz içecekler, reçel, jöle, marmelat, bisküvi, gofret, kek kremaları, soslar ve ketçap.
E627 Sodyum Guanilat E 631 Sodyum İnosinat	Gut veya düşük pürinli diyetlerle kullanımı sakıncalı	Et ürünleri, et suyu tabletleri, soya mamulleri, hazır çorbalıklar.
E 621 Monosodyum Glutamat MSG	Bazı kişilerde baş dönmesi ve, çarpıntı laboratuvar hayvanlarında, beyin lezyonu "Çin Restoranı" Sendromu	Et ürünleri, et suyu tabletleri, soyalı bulgur pilavı, patates cipsi, çerezler, soslar ve fıstık kaplama ürünleri.
E 296 DL Malik Asit	Bebeklerde kullanımı sakıncalı	
E 302 Kalsiyum Askorbat	Kalsiyum oksalat taşı oluşumunda artış	
E 319 Tert- Butilhidrokinon	Bulantı, kusma, delirium, 5 gramlık doz fataldir.	
E 325 Sodyum Laktat	Laktoz intoleranslı gençlerde olumsuz reaksiyonlar.	
E 339 Na-Orto Fosfat	Aşırı alımda kalsiyum- fosfat dengesinde bozulma	
E 380 Tri-Amonyum Fosfat	Karaciğer ve pankreas fonksiyonlarında bozulma	



TABLO 3. Renk Maddesi Olarak Kullanılan Bazı Katkı Maddelerinin Sağlık Üzerine Etkileri (2,4)

Katkı Maddesi	Sağlık Sorunu	Katılmasına İzin Verilen Besinler
E 102 Tartrazin	Astım , deri döküntüleri, Migren	Hazır jöle karışımları, içecek tozları, şekerleme, karides konservesi, ithal kek ve kurabiyeler
E 107 Yellow 2G E 110 Sunset Yellow	Astımlı kişilerde alerjik reaksiyonlar Astım, deri döküntüleri, Hiperaktivite	Hazır jöle karışımları, içecek tozları, şekerleme, karides konservesi, aromalı bisküvi, gofret kremaları
E 120 Koşineal, Karminik Asit, Karminler	Alerjik reaksiyonlar	
E 122 Karmoisin	Astımlı ve duyarlı kişilerde alerjik reaksiyonlar	
E 124 Ponso 4 R	Astım, astımlı ve aspirine duyarlı kişilerde alerjik reaksiyonlar, deri döküntüleri, hiperaktivite	Hazır jöle karışımları, içecek tozları, şekerlemeler
E 127 Eritrosin	Astım, deri döküntüleri, hiperaktivite, troid hormon artışı ve tümörleri, kromozom bozuklukları, fotofobi	Hazır jöle karışımları, içecek tozları, dondurulmuş veya konserve karides, aromalı pudingler, aromalı süt, çerezler ve şekerlemeler
E 129 Allura Red AC	Tümörler, Lenfomalar	
E131 Patent Blue V	Astım, deri döküntüleri, hiperaktivite	Şekerlemeler
E 133 Brilliant Blue FCF	Alerjik reaksiyonlar, kromozom bozuklukları,	
E 132 İndigoğün	Astım, deri döküntüsü, hiperaktivite	İçecek tozları, şekerlemeler, buz ürünleri hiperaktivite
E 150 Karamel	Vitamin B6 düzeyinde düşüş, gen bozuklukları	Hazır jöle karışımları, içecek tozları aromalı pudingler, Hazır jöle karışımları, şekerlemeler, hazır çorbaları, buz ürünleri ve et suyu tabletleri, aromalı bisküvi ve gofret kremaları
E 151 Brilliant Black BN	Alerjik Reaksiyonlar	
E 155 Brown HT	Alerjik Reaksiyonlar	
E 160 (b) Annatto, Biksin,	Alerjik Reaksiyonlar	

**TABLO 4. Lezzet Arttırıcı Olarak Kullanılan Bazı Gıda Katkı Maddelerinin Sağlık Üzerine Etkileri (4)**

Katkı Maddesi	Sağlık Sorunu
E 621 Monosodyum Glutamat	Alerjik reaksiyonlar, bebek ve gençlerde kullanılmamalıdır.
E 620 Glutamik Asit	M. Glutamatinkine benzer etkiler.
E 622 Monopotasyum Glutamat	Mide bulantısı, kusma, ishal, karın krampı
E 627 Disodyum Guanilat	Bebek ve gençlerde kullanımı sakıncalı, gut veya düşük pürinli diyetlerde kullanılmamalı.
E 631 Disodyum İnosinat	Bebek ve gençlerde kullanımı sakıncalı, gut veya düşük pürinli diyetlerde kullanılmamalı.

◦ **GKM'nin Karsinojenik Faktörlerle İlişkisi**

Kasım 1996'da Lion'da yayınlanan DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nda insanlarda karsinojenik risklerin değerlendirilmesinde IARS Listesi yayınlanmıştır. IARS Listeleri DSÖ'nün sekreterliği ve Uluslar arası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yayınlanır (5).

Bu listede 825 kimyasal, kimyasal madde grupları, kompleks karışımlar, meslekle ilgili maruziyetler, kültürel alışkanlıklar ile fiziksel ve biyolojik ajanlar değerlendirilmiştir(5). Standart IARS uygulamasında sınıflama şu şekildedir :

**Grup 1 :** insanlarda karsinojenik maddeler

- Aflatosinler, benzen, asbest, sigara, HBV, nikel bileşikleri, v.b.

**Grup 2A :** insanlarda kanser yapma olasılığı olan maddeler

-Akrilamid, benzantrazen, biskloroetil nitrosürea (BCNU), HPV, petrol ürünleri, v.b.

**Grup 2B :** insanlarda kanser yapması mümkün maddeler

-Benzil violet, bütil hidroksianizol, cafeik asit, demir, dekstran, kompleks magenta, sakarin, şchistoma Japonicum, kahve, salamura sebzeler v.b.

**Grup 3 :** insanlarda karsinojenik olduğu sınıflandırılmayan maddeler

-Akridin orange, acrilik asit, PABA, anilin, brillant mavisi, kafein, sudan3, sunset yeşili, çay, saç boya maddeleri, v.b.

**Grup 4 :** insanlarda kanser yapma olasılığı olmayan maddeler : Caprolaktam

Gıda hazırlanması ve korunması, diyetteki karsinojenlerin esas kaynağıdır. Bunlar Heterosiklik Aromatik Aminler (HAAs); kızartmada, ızgarada, temizlemede oluşan yüksek proteinli gıdalar; ızgara ve tütsülemde oluşan Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar (PAH); salamura gıdalarda oluşan N nitroza bileşikleri (NOC)'dir(7). Aromatik bileşiklerin meme kanseri etyolojisinde yeri olduğu vaka kontrol çalışmalarıyla gösterilmiştir(7).

Karsinojenik riski olan maddelerden PAH, mangal kömüründe pişirilen yiyeceklerde daha yüksek olarak bulunmuştur. Buna karşın, fırında pişirme, ocakta pişirme, tütsülenmiş kısmı yemeden ayırma ya da mikrodalga fırın kullanımı ile PAH düzeyini en aza indirebiliriz (7)

Dumanlanmış, tuzlanmış, salamura et ve balıkta, salamura sebzelerde bulunan (NOC), epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir ki, mide, özefagus, nazofarinks, üriner gland ve karaciğer Ca ile yakından ilişkilidir (7).

Tüm bunlara karşın yapılan pek çok çalışma, taze sebze, meyve ve hububatın antikanserojen ve antimutajenik olduğunu göstermiştir (7).

### G. GKM'İN GÜVENİLİRLİĞİ

Son yıllarda gıda maddeleri çok çeşitlenmiş ve üretimde kullanılan GKM' nin sayıları büyük bir hızla artmıştır. GKM'nin kullanımı yasalarla düzenlenmektedir. Bu düzenlemelerin amacı, besinlerde kullanılan GKM'nin kötü kullanımını ve sağlık üzerinde oluşabilecek tehlikeleri önlemektir. GKM'nin yasallık kazanabilmesi için, akut, kronik, farmakolojik deneylerin, fare dışında iki değişik hayvanın üzerinde yapılmış olması zorunludur. Besinlere katılacak miktarın (ADI : Acceptable Daily Intake) hayvanlarda hiç bir toksik etki göstermeyen en yüksek dozun 1/100, bazen 1/200 kadarı olması gereklidir (3).

Besinlerde kullanılan GKM'nin beslenme kalitesini sağlaması, kalite ve dayanıklılığı gerçekleştirerek artık oranında bir azalma sağlaması, işlenmeye yardımcı olması aranan özelliklerdir. Bir GKM işleme ve üretim hatalarını gizlememeli, tüketiciyi aldatmamalı ve bir besinin besleyici değerini düşürmemelidir (3).

Bazı GKM'ne duyarlı olan insanlar reaksiyon verebilirler. Avrupa' da nüfusun %0.03-0.10'unun GKM' ne karşı duyarlı olabileceği saptanmıştır. Renklendiricilerden bazıları astım, deri döküntüleri, hiperaktivite ve migrene yol açabilirler. İzin verilen renklendiriciler ülkeden ülkeye değişebilir. Örneğin: Norveç ve İsveç besinlerdeki tüm yapay renklendiricilerin kullanımını yasaklamıştır (3).

Aroma artırıcı maddelerden bazıları baş dönmesi, çarpıntı yapabilir. Gut hastalığı olanlarla pürinden fakir diyet alması gerekenler bu GKM'ni almamalıdır. Koruyucu maddeler, besinleri bakteri, küf, maya bozulmalarından korumak, raf ömrünü uzatmak, doğal renk ve aromayı korumak amacı ile kullanılırlar. Bu maddelerden en çok susek, salam, sos ve pastırma gibi et ürünlerine konan nitrat ve nitrit tartışılmaktadır. Bunlar parlak, kırmızı pembe rengine sağlanmasını yanında, tuz ile birlikte Clostridium Botulinum' un çoğalmasını ve toksin oluşmasını önlemektedir. Nitrat ve nitrit kanserojen nitrozo bileşiklerinin oluşumuna aracılık etmektedirler. nitratın ADI değeri 0 - 5 mg/kg, nitritin ADI değeri ise 0 - 0.2 mg/kg olarak belirlenmiştir. Günlük aldığımız nitrat ve nitritin % 80' i su, sebze ve diğer doğal besinlerden, % 20' si ise GKM' nden gelmektedir (3).

#### ◦ GKM'nin Pişirme Ve Dondurma İşlemine Tepkileri

Hazır gıdaların avantajı, hazırlanmalarının kolay ve pişirilmelerinin hızlı olmasıdır. Dondurulmuş besinleri pişirmek için çözdürünce, kullanılan koruyucular ve antioksidanlarda azalma olur. Bunu önlemek için dondurulmuş besinler buzdolabının soğutma bölümüne veya serin bir odaya bırakılarak çözülmeleri beklenir. Böylece pişirmeden önce hiç buz kristali kalmamaktadır. Çözünen besinler hemen pişirilmeli, bir kereden fazla ısıtma işlemi uygulanmamalıdır (3).

#### ◦ Değişik Ambalaj Tekniklerinin Kullanımının GKM'ne Etkisi

Sertifikalı renk katkı maddeleri kullanıldıkları besinlerde stabil özellik göstermekte, ürüne konuldukları miktarlarda zamana bağlı bir azalma görülmemektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, 15 yıl süre ile depolanan besinlere konulan sertifikalı renk katkılarında miktar değişmesi saptanmamıştır. FD ve C Blue No:2 ve FD ve C Blue No:3 gibi sertifikalı renk katkılarının dışında hiçbirisi ışığa duyarlı değildir. Azo ve trifenil metan grubu boyalar ise kolaylıkla renksiz bileşiklere dönüşebilmektedir. Bunların özellikle çinko, kalay, alüminyum ve bakır gibi metallerle temas etmesi renk solmalarına yol açmaktadır. Ancak bu tür olayların önüne geçebilmek için yeni teknikler geliştirilmektedir. Örneğin gazlı içeceklerle diğerlerinde kullanılan sertifikalı boyaların solması, C vitamini kaynağı ve antioksidan olarak kullanılan askorbik asitten kaynaklanmaktadır. Bu olumsuz etkiyi ortadan kaldırmak için günümüzde EDTA adı verilen bileşik kullanılmaktadır (3).

### H. DÜNYADA GKM' NİN DURUMU

Tüm dünya ülkelerinde GKM' nin kullanım alanları ve kullanım oranları sıkı biçimde kontrol edilmektedir. GKM' nin kullanımı konusunda dünya uluslarının bilgi alışverişinde bulunabilmesi ve olabildiğince ortak hareket edebilmeleri için FAO/DSÖ bünyesinde GKM konusunda uzmanlardan oluşan gruplar kurulmuştur. Bu gruplar tarafından

gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda GKM "Sertifikalı" ve "Sertifikasız" olarak iki ana gruba ayrılmışlardır. Sertifikasız GKM hangi oranda kullanılırlarsa kullanılınsınlar insan sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadırlar. Bunun tersine, sertifikalı GKM'nin kullanımı, "katkı maddelerinin kullanılacağı gıda çeşitleri ve kullanılacak miktar" olarak sınırlandırılmıştır. Besinlere katılacak katkı madde miktarlarının belirlenmesi, pahalı ve yıllar süren bilimsel araştırmalar yapılmasını gerektirmektedir.

Bir katkı maddesi ile ilgili alınabilecek günlük doz belirlendikten sonra, gıda maddesinin insanlar tarafından hangi sıklıkta tüketileceği belirlenmektedir. Bu değer değişik toplumlarda farklılıklar göstermektedir. Belirlenen değerler Birleşmiş Milletler tarafından dünyaya duyurulmaktadır. Dünya ülkeleri de bu verilerden yararlanarak kendi tüzük, yönetmelik ve yasalarını düzenlemektedir. Ülkemizde de "Gıda Katkı Maddeleri Yönetmeliği" mevcuttur (3).

### I. GKM'NİN TÜRKİYE'DE DURUMU

Ülkemizde gıda üretiminden satışına kadar düzen sağlayan ve denetleme ilkelerini belirleyen bağımsız derli toplu bir yasa bulunmamaktadır. Konu ile ilgili çok sayıda kanun, yönetmelik ve tüzük bulunmakta, aynı konuda birden çok yasa hükmü bulunurken, bazı konularda yasal boşluklar bulunmaktadır. Gıda kontrol yetkilileri birçok bakanlık ve kuruluşa dağıtılmış olup, bu kuruluşlar arasında bir koordinasyon sisteminin kurulmayışı, kontrol hizmetinin yürütülmesinde çok başlılığa neden olmaktadır. Gıda denetimindeki bu çok başlılık, ülkemizde çeşitli kuruluşlarda etkili bir gıda kontrol faaliyetini yürütebilecek ölçüdeki personel ve cihazı atıl durumda bırakmaktadır (1)

◦ Ülkemizde uygulamada bulunan gıda kontrolü ile ilgili yasalar aşağıdadır (1) :

1. 24.4.1930 gün ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
2. 3.4.1930 gün ve 1580 sayılı belediye kanunu
3. 10.6.1930 gün ve 1705 sayılı Ticarete Tağdişin Men'i ve ihracatın murakabesi kanunu.
4. 18.10.1952 gün ve 3-15481 sayılı gıda maddeleri tüzüğü
5. 24.6.1995 gün ve 560 sayılı gıdaların üretimi, tüketimi ve denetlenmesine dair kanun hükmünde kararname (KHK)
6. 9.3.1989 gün ve 3572 sayılı işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmelik
7. 13.12.1983 gün 181 sayılı Sağlık Bakanlığı teşkilat ve görevleri hakkında KHK
8. 5.1.1961 gün ve 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu
9. 13.12.1983 gün ve 183 sayılı Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı kuruluş (KHK)
10. 6.8.1942 gün ve 4250 sayılı spirtolu ve spirtolu içkiler inhirası kanunu.
11. 27.6.1984 gün ve 3030 sayılı büyükşehir belediyeleri kanunu
12. 13.12.1983 gün ve 185 sayılı Sanayi Bakanlığı kuruluş teşkilat (KHK)
13. 18.11.1960 gün ve 132 sayılı TSE kuruluş ve teşkilat kanunu
14. 19.3.1927 gün ve 992 sayılı bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları kanunu
15. 1.3.1926 gün ve 765 sayılı Türk Ceza Kanunu

Bütün bunların yanında, gıda maddelerin standardizasyonu 132 sayılı yasa ile TSE'ye ve 1705 sayılı Ticarete Tağdişin Men'i kanunu ile Sanayi Bakanlığına, 3161 sayılı yasa ile gıda maddelerinin kalite kontrolü Tarım ve Köy İşleri Bakanlığına verilirken, Türk Ceza Kanununun İlgili hükümleri ile de gıda maddelerine ilişkin suçların cezalandırılmasında Adalet Bakanlığının görevli Kılınmıştır(1). Cezalandırma işlemlerinde ise(8);

1. 24.4.1930 gün ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
2. 3.4.1930 gün ve 1580 sayılı belediye kanunu
3. 24.6.1995 gün ve 560 sayılı gıdaların üretimi, tüketimi ve denetlenmesine dair kanun hükmünde kararname (KHK)
4. 1.3.1926 gün ve 765 sayılı Türk Ceza Kanunu

Bir ülkede katkı maddelerinin kullanımını düzenleyen Yasa, Yönetmelik ve kodekslerin kabul edilmesi kuşkusuz önemli bir halk sağlığı hizmetidir. Bilimsel çalışmaların sonucunda JECFA tarafından kabul edilen ADI değerlerinden yararlanılarak her ülkenin sağlık otoriteleri katkı maddelerinin katılacağı gıdaları ve katılma miktarını kendi ülkelerinin koşullarına göre belirlemektedir. Ancak bundan çok daha önemli olan konu, katılmasına izin verilen maddelerin mevzuata uygun olarak kullanılıp kullanılmadığının sürekli kontrolüdür (2).

• Katkı maddelerinin türü, katılabileceği gıdalar ile katılma miktarları yasa ve yönetmelikler ile düzenlenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Gıda Katkı Maddeleri Tüzüğü ile yürütülen bu işlemler, 28 Haziran 1995 tarihinde yürürlüğe giren 560 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'na devredilmiştir. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığında ise, GKM konusunda Gıda Kodeksi ve Beslenme Şube Müdürlüğüne Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği Hazırlanmış ve 16 Kasım 1997 gün ve 23172 Sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Üretim aşamasındaki kontrol ve GKM'nin kullanımının denetimi Tarım ve Köy İşleri Bakanlığında devredilmiş olmakla birlikte pazar aşamasındaki kontrol Sağlık Bakanlığında ve bazı bölgelerde Sağlık Bakanlığı ile birlikte yerel yönetimlere verilmiştir. GKM ile ilgili yasalarda ve kodekslerde göz önüne alınan temel koşul "Halkın sağlığının korunmasını ve ülkemizdeki gıda endüstrisinin gelişmesini sağlamaktır". Tüketime sunulan gıdalar tüketiciler için güvenilir olma niteliklerini kaybetmemelidir (2).

• 16 Kasım 1997 gün ve 23172 Sayılı resmi gazetede yayınlanan Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliğinde şu esaslar yer almıştır (6):

**Madde 1:** Bu yönetmeliğin amacı, üretici ve tüketici menfaatleri ile halk sağlığını korumak, gıda maddelerinin tekniğine uygun ve hijyenik şekilde üretim hazırlama, işleme, muhafaza, depolama, taşıma ve pazarlanmasını sağlamak üzere gıda maddelerinin özelliklerini belirlemektir.

**Madde 2:** gıdaların kalite ve hijyenle ilgili özelliklerini, katkı maddelerini, aroma maddelerini, pestisit ve veteriner ilaç kalıntılarını, gıda bulaşanlarını, ambalaj ve işaretleme, depolama ve taşıma kurallarını, numune alma ve analiz yöntemlerini kapsar.

**Madde 5:** GKM'nin kullanımı aşağıdaki esaslara uygun olacaktır:

1. Şu maddeler katkı maddesi olarak değerlendirilemez: sıvı pektin, sakız esasları, beyaz ve sarı dekstrin, amonyum klorür, kazeinatlar, inülin, vitamin, mineral, iz elementler, v.b.

2. 0-3 yaş çocuk gıdalarında tatlandırıcı kullanılmaz

3. GKM saflık kriterlerine uygun olmalıdır

4. Bir gıda maddesinin herhangi bir bileşeninde kullanılmasına izin verilen katkı maddesi, o gıdanın kendisinde de bulunabilir.

5. Gıda maddesinin üretiminde aromatik ve besleyici özellikleri nedeni ile kullanılan paprika, turmerik, safran gibi maddeler renklendirici olarak nitelendirilemez.

6. Et ve et ürünlerinin damgalanmasında sadece E155 kahverengi, E133 Brilliant Mavi, E129 Allura Kırmızısı karışımları kullanılabilir.

7. Yumurta kabuklarının dekoratif olarak değerlendirilmesinde sadece gıdalarda kullanılmasına izin verilen renklendiriciler kullanılabilir.

**Madde 6:** GKM ambalaj ve etiketi üzerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

1. Üretici firmanın adı ve adresi

2. Katkı maddesinin adı-EC kodu

3. "gıdada kullanım içindir" ifadesi

4. Gerekli ise özel kullanım ve depolama şartları

5. Kullanım talimatı

6. Parti veya seri numarası
  7. Net miktarı
  8. Katkı maddesi hayvansal ise elde edildiği hayvanın cinsi
  9. Üretim tarihi
  10. Son kullanım tarihi
- Ancak; gıdalardaki birçok katkı maddesinin çeşit ve miktarını geçerli yöntem ve tekniklerle analiz edebilecek laboratuvarlar yeterli değildir (2).
  - Pek çok gıda maddesinin ambalaj ve etiketi üzerinde içerdikleri katkı maddeleri konusunda tüketickiye yeterli bilgi verecek mesajlar bulunmamaktadır (2).
  - Gıdalara katıldığı beyan edilen katkı maddelerinin miktarının mevzuata uygun olup olmadığı şüphelidir (2).

#### *Kaynaklar*

1. ÇETİN İ., POLAT H. *Türkiye'de Gıda Kontrolünün Yasal Durumu ve Uygulamalar. Toplum ve Hekim* 1996. 11 (74) 40-46
2. BAĞCI T. *Gıda Katkı Maddeleri ve Sağlığını; Üzerine Etkileri. Hacettepe Tıp Dergisi.* 1997 28: 18-23
3. TAYFUR M., ÜNALAN K. *Gıda Katkı Maddeleri Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 1998. 7 (1) 12-14
4. YALÇIN S. *gıda Katkı Maddeleri ve Halk sağlığı Açısından Önemi. T.S.K. 1. Gıda Kontrol Sempozyumu 1998. 3-11 Gemlik*
5. IARC *Monographs On The Evaluation Of Carcinogenic Risks To Humans World Health Organisation. Lyon, October 1996*
6. *Resmî Gazete 1997. Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği 16.11.1997 sayı: 23172, Mükerrer. Başbakanlık Basımevi. Ankara*
7. Greenwald P. *Dietary Carcinogens Cancer Prevention: Diet and Risk Reduction.*
8. SAğLAM Ö. *Türk Gıda Tüzüğü 1999, Ankara*

## GIDA GÜVENLİĞİNDE KRİTİK KONTROL NOKTALARINDA TEHLİKE ANALİZİ

Doç. Dr. Mahir GÜLEÇ

### GİRİŞ

Bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden sağlıklı olabilmesi, önemli ölçüde yeterli ve dengeli beslenmelerine bağlıdır. Bu amaçla temin edilen gıdaların fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik olarak insan sağlığına zararlı etmenler içermemeleri, besin içeriklerini kaybetmemeleri gerekir. Bunun yanında dünyadaki çevreye uyumlu olmayan hızlı teknolojik gelişmeler ve aşırı nüfus artışı ile plansız kentleşme gibi nedenlerle doğal kaynaklar hızla tükenmekte, karşılıklı etkileşim içinde bulunan hava, su ve toprak ortamları giderek kirlenmektedir.

Gıda üretiminde zararlı faktörlere dikkat edilmediğinde gıda zehirlenmeleri insan sağlığını olumsuz etkilemekte, bunun yanında ciddi ekonomik kayıplara da neden olmaktadır. Gıda kökenli hastalıklardan ve zehirlenmelerden korunmak için besin sanitasyonu uygulamalarının önemi kavranabilmiştir. Besin kaynaklı hastalıkların çoğunun kontrol prensipleri belirlenmiş olmasına rağmen, bugün hala daha ülkemizde ve dünyada önemli derecede mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Başka bir ifade ile, besin güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır. Geleneksel besin sanitasyonu ve sağlık anlayışının problemleri çözmede başarısız olduğu düşünülebilir. Bu nedenle, maliyeti arttırmadan güvenli nitelikte ve kaliteli gıda üretimi konusunda gösterilen çabalar kritik kontrol noktalarında tehlike analizleri sisteminin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

"Kritik Kontrol Noktalarında Tehlike Analizi" (KKNTA) sistemi besin kaynaklı hastalıkları önleme ve kontrolde öncelikli olarak yenidir. Bu sistem, kontrol yöntemlerinin nerede etkili olacağını belirlemek için gıda üretim, işleme ve hazırlama basamaklarındaki tehlikeleri tanımlayıcı araştırmalar yaparak yaklaşık riski tayin etmeye çalışır. Bu nedenle kontrol yöntemleri gıdaların sağlık açısından güvenilirliğini sağlamada can alıcı noktalar olan spesifik işlemlere yöneltilmiştir.

KKNTA besin güvenliğini sağlamak için proaktif (önceden etkin) özelliktedir. Yani süreç devam ederken kontrol sağlayan bir yaklaşıma sahiptir. Bu sistemin içeriğindeki besin sanitasyonu ile ilgili bilgilerin hiçbiri yeni değildir, yeni olan tek şey bu bilgilerin birincil koruma çerçevesinde yerleştirilip geliştirilerek sistematize edilmesidir.

### TARİHÇE

KKNTA kavramı, ilk kez 1959 yılında Pillsbury Şirketi tarafından NASA (National Aeronautics and Space Administration) uzay programı için gıda ürünleri hazırlanması sırasında geliştirilmiştir. KKNTA prensipleri ve uygulamaları 1971'de A.B.D.'de yapılan gıda kongresinde bilim ve sanayi çevrelerine duyurulmuştur. Bu konferans sonunda üç prensip kabul edilmiştir. Bunlardan birincisi: tehlikenin değerlendirilmesi ve tüketim ile tehlikelerin gelişmesi arasında ilişki kurmak, ikincisi: kritik kontrol noktalarını tanımlamak, üçüncüsü ise: kritik kontrol noktalarını izleme sistemini kurmak olarak benimsenmiştir. Yine 1974'de FDA(Gıda İlaç Dairesi) sistemin en yüksek riskli gıda gruplarından biri olan "düşük asitli konserve gıda ürünlerinde" uygulanmasını mecbur tutmuştur. 70'li yıllar boyunca birçok bilimsel toplantıda ve çoğu Amerikan gıda üreticileri tarafından sistem tartışıldı ve KKNTA bir bilim olarak benimsendi. 1985'de Birleşik Devletler Ulusal Bilimler Akademisi tarafından yayınlanan "Gıda ve Gıda Katkıları İçin Mikrobiyolojik Kriterler" isimli yayın büyük ilgi uyandırdı ve güvenli gıda üretiminde etkileyici bir sistem olarak onaylandı. 1991'de Gıda Hijyeni Kodeks Komitesi KKNTA sisteminin uygulanabilmesi için bir tüzük geliştirdi. Aynı tüzük uygulamaları Avrupa Topluluğu tarafından 1993 yılında üye ülkelerde gıda sektörü için zorunlu hale getirilmiştir.

Ülkemizde 16 KASIM 1997 tarihli Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği ile gıda sanayinde KKNTA (HACCP) uygulamaları zorunlu hale getirildi. 09 HAZİRAN 1998 tarihli "Gıdaların üretimi ve denetlenmesine dair yönetmelik" ile KKNTA sisteminin uygulama gerekliliği belirtilmiştir. Yine aynı yönetmelikler 15.11.2002 tarihinden geçerli olmak üzere: başta et, süt ve su ürünleri işleyen işletmeler olmak üzere, gıda üreten diğer işletmelerin de kademeli olarak HACCP sistemini uygulamaları zorunlu hale gelmiştir.

## KKNTA SİSTEMİNİN AÇIKLANMASI

Kritik kontrol noktalarında tehlike analizi; tehlikenin tanımı, saptanması ve kontrolüne dönük sistematik bir yaklaşımdır. Bu sistem gıdalardaki mikrobiyolojik tehlikelerin kontrolüne mantıksal olarak yaklaşır, sadece gözleme yoluyla yapılan kontroldeki doğal kusurlardan ve mikrobiyolojik testlerin güvenliğindeki ihmal dolayısıyla oluşan atlamaların önüne geçmeye çalışır. Gıdaların mikrobiyolojik güvenliğini etkileyen en önemli faktörlere dikkatleri yoğunlaştırarak kaynak savurganlığını önler. Bu arada istenilen gıda güvenliğini ve kalitesini sağlar, ayrıca bu seviyeyi korumada rol oynar.

Kritik kontrol noktalarında tehlike analizi, üretimde hijyenik uygulamalar ve kontrollerin belirlenmesidir. Genel olarak üretimin değişik aşamalarındaki işlemlerin güvenilirliğini önceden tahmin etmeyi amaçlayan bir kalite kontrol yöntemidir. Gıdanın fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik parametrelere göre üretiminde kalite güvencesi sağlar.

KKNTA sistemi, tehlikelerin belirlenmesi, zararın saptanması ve kontrol altına alınması amacıyla geliştirilmiş sistematik bir yaklaşım olarak da tanımlanmaktadır. KKNTA, gıda güvenliğini en iyi sağlayan bir kalite sistemidir. Prensibi belirlenen kalite kontrol noktalarını sürekli gözetim altında tutacak şekilde üretimi tasarlayarak, potansiyel tehlikeleri ortadan kaldırmak suretiyle tüketiciye güvenli gıda sunmayı amaçlamaktadır.

Gıdalar üretim, paketlenme, taşıma, hazırlama, depolama ve servis esnasında zehirli maddeler, infeksiyöz ve toksijenik mikroorganizmalarla kontaminasyona maruz kalabilir. Bu yüzden geliştirilen KKNTA'dan amaç; gıda koruma programlarını geliştirmek, geriye dönük kalite kontrol sistemlerini oluşturmak ve gıdanın güvenilirliğine olan güveni arttırmaktır.

Gıda güvenliğinde sistematik bir yaklaşım olan KKNTA, birbirini izleyen yedi prensipten oluşur.

1. Tehlikelerin tanımlanması, risk ve şiddetlerinin değerlendirilmesi
2. Kritik kontrol noktalarının tanımlanması
3. Kontrolü sağlamak için kriterlerin ve önleyici tedbirlerin açıkça ortaya konması
4. Kritik kontrol noktalarının izlenmesi
5. İzleme sonucu kriterlerden bir sapma gözlemlendiğinde düzeltici uygulamaların devreye sokulması
6. Kayıtların tutulması
7. Sistemin planlandığı şekilde fonksiyon gördüğünün doğrulanması

### 1. Tehlikelerin Tanımlanması, Risk ve Şiddetlerinin Değerlendirilmesi :

Gıdaların yetiştirilmesi, hasat edilmesi, işlenmesi, fabrikasyona tabi tutulması, dağıtımı, pazarlanması, hazırlanması ve/veya gıda üretiminde kullanılan hammaddelere ilişkin olarak varolan tehlikelerin tanımlanması, derecesinin tayini ve risklerinin değerlendirilmesini kapsar.

Gıdalar için tehlike, gıda kaynaklı hastalığa neden olan bir ajan veya mikrobiyal metabolizma ürününün kabul edilemez seviyede olması demektir. Kabul edilemez seviyeyi, sadece bir Salmonella veya Şigella bakterisi veya B. Cereus veya C. Perfringens için gr. veya ml.'de 100.000 adet mikroorganizma oluşturur. Tehlike, zamanla gıdanın bozulmasına da neden olan kontaminasyonla meydana gelebilmektedir. Tehlikeler, istenmeyen mikroorganizmaların hayatta kalmalarıyla; ısıtılmalarına ve belli koşullarda korunmalarına rağmen bu gıdalarda varlıklarını ısrarla sürdüren toksinlerden kaynaklanmaktadır. Bu durum üç koşulda oluşabilir: Gıdanın,

- (a) Oda sıcaklığında veya dışarıdaki ılık havada birkaç saat bekletilmesiyle;
- (b) Fırın ve benzeri aletlerde yeterli sıcaklık derecesine ulaşılamaması;

(c) Soğuk gıda depolarında fazla miktarda mal depo edilmesi veya yeterli oranda koruma sağlayacak soğumanın sağlanamaması. Gıdalara tarımsal işlemler, gıdaların işlenmesi, hazırlanması ve depolanması sırasında yanlışlıkla çeşitli kimyasal maddelerin de katılması tehlikelidir. Gıdalara fonksiyonel ya da aşılığa ait gereksinimlerden dolayı katılan veya kazayla bulaşan kimyasal maddeler, yiyeceğin asitleşmesine neden olarak kaplardan, borulardan veya bunların



toksik boya maddelerinden bazı kimyasalları bünyesine katarak tehlike oluştururlar.

Tehlike analizi, besin üretimi, dağıtım, hammaddenin kullanımı ve besinin üretimi ile ilgili değerlendirmeye prosedürlerinden oluşur. Bunlar:

(1) Potansiyel olarak tehlikeli olan hammaddelerin ve gıdaların tanımlanması, içermiş olabilecekleri zehirli metabolitler, patojen veya gıdaların bozulmasına neden olan önemli miktardaki mikroorganizmalar ve/veya bu mikrobik gelişmeye imkan veren durumlar:

(2) Potansiyel kontaminasyon kaynaklarını veya kontaminasyonun olduğu spesifik noktaları belirlemek:

(3) Gıdaların üretim, işleme, dağıtım, depolama ve tüketim için hazırlanması sırasında mikroorganizmaların yaşama ve çoğalma ihtimalini saptamak: ve

(4) Tanımlanan tehlikelerin şiddetini ve riskini tayin etmek .

### 2. Kritik Kontrol Noktalarının Tanımlanması :

Kritik kontrol noktası, tehlikeyi elimine etmek, azaltmak veya önlemek için bir veya daha fazla faktör üzerine kontrol uygulanabilen bir aşamadır (Kuramsal bilginin, yapılan müdahale ile somut olarak izlendiği yer, belirlenen prosedürün izlendiği aşama). Besin hijyeninin sağlanabilmesi için lokalize edilmiş noktada alınan önlem ve/veya yürütülen işlemler.

Bazı gıda işlemlerinde, pastörizasyonda olduğu gibi tek bir operasyonun (ısı uygulamasının) kontrolü bir veya daha fazla mikroorganizmadan kaynaklanan tehlikeyi tamamen önlemeye yarayabilir. Tehlikenin tamamen elimine edilemediği ama minimale indirildiği Kritik Kontrol Noktaları (KKN) da vardır. Bu iki tip Kritik Kontrol Noktalarında önemlidir ve kontrol edilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki birincil koruma çerçevesinde yapılan, etkenin ortadan kaldırılması ya da tamamen ortadan kaldırılamadığı durumlarda sağlıklı bireylerin dışında kontrol edilmesidir.

Kritik kontrol noktası, bir operasyonda tehlikeyi tamamen ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek için kontrolün uygulanacağı bir noktadır. Her tehlike spesifik kontrol önlemleri almayı gerektirmez. Bazen tek Kritik Kontrol Noktasında alınan kontrol önlemleri işlem zincirinde daha önceki basamaklarda alınan kontrol önlemlerine olan ihtiyacı önemli derecede azaltabilir. Eğer tehlike tamamen elimine edilemiyorsa veya belirlenen Kritik Kontrol Noktaları izlenmiyorsa (monitörize edilemiyorsa), operasyondan önce ve sonra etkin olarak kontrol edilebilen diğer Kritik Kontrol Noktalarına özel dikkat harcanmalıdır.

Kritik Kontrol Noktası Seçiminde Şunlar Göz önünde Bulundurulur:

(a) Olası tehlikeler, gıdaların kabul edilemeyecek derecedeki kontaminasyonu ile ilgili durumların şiddeti, riskinin tahmini, mikroorganizmaların sağkalım veya üreme durumlarının tahmini.

(b) Hazırlama ve işleme sırasında uygulanan operasyonlar.

(c) Daha sonra ürünün kullanım aşaması.

### 3. Kontrolü Sağlamak İçin Kriterlerin ve Önleyici Tedbirlerin Açıkça Ortaya Konması:

Bir defa Kritik Kontrol Noktaları tespit edildikten sonra uygulanabilir kontrol önlemleri yürürlüğe konmalıdır. Bu önlemler uygulanabilir, objektif bir şekilde ölçülebilir, ekonomik ve gıda güvenliğini sağlayıcı nitelikte olmalıdır. Her Kritik Kontrol Noktası için gıdanın güvenliğini sağlayıcı kriterler belirlenmelidir. Her kriter açık ve net olarak belirlenmeli, ayrıca uygulanabilir makul sınırlar içerisinde olmalıdır.

Kriterler: fiziksel ( sıcak, soğuk, basınç gibi ), kimyasal (tuz konsantrasyonu veya asetik asit gibi), biyolojik ve duyuşal türdeki özelliklerle beraber uygulanan işlemin geçtiği süre yani zaman ile sınırlıdır.

Tehlikenin Kritik Kontrol Noktalarında kontrol edildiğini tespit etmek için uygun yöntem seçimi de önemlidir. Monitörize edilen faktörler içinde şunlar da vardır: sıcakta işlenen gıdalar için zaman ve sıcaklık derecesi, bazı gıdaların su aktivitesi, fermente gıdaların pH'sı, konserve için soğutucu klor seviyesi, kuru gıdalar için depo yerinin rutubet

derecesi, soğutulmuş gıdaların dağıtım esnasındaki sıcaklığı, bölmeler halinde soğutulmuş ürünlerin derinliği, tüketime sunulmuş gıdalar için üzerinde tüketiciyi bilgilendirecek uyarı ve açıklamalar. Seçilmiş tüm kriterler, dokümente edilmiş olmalı ya da karışıklığa neden olmayacak netlikte, kabul edilebilir uygunlukta tanımlanmalıdır. Kontrol kriterlerinin seçimi, yüksek kontrol güvenliği sağlanması yanında, yararlılığına, ekonomik ve uygulanabilir oluşuna bağlı olmalıdır.

#### 4. Kritik Kontrol Noktalarının İzlenmesi:

Monitorizasyon; sistematik gözlemi, yapılan ölçümleri, tehlikeyi önlemede önemli olan faktörleri kayıt etmeyi içerir. Monitorizasyon prosedürleri, işlem öncesinde veya sonrasında kontrol dışı olabilecek durumların kısa sürede düzeltilmesini mümkün kılacak uygulamalardan oluşmalıdır.

Monitorizasyon, ürün satılmadan ve dağıtılmadan önce belirlenmiş standartlardan sapmayı zamanında gösterecek tedbirleri alacak biçimde uygulanmalıdır. Beş temel monitorizasyon tipi kullanılmaktadır. Bunlar; gözetleme, duyuusal değerlendirme, fiziksel değerlerin ölçümü, kimyasal analiz ve mikrobiyolojik tetkiklerdir.

#### 5. İzlem Sonucu Kriterlerden Bir Sapma Gözleendiğinde Düzeltici Uygulamaların Devreye Sokulması:

Eğer monitorizasyon, işlemin kontrol dışına çıktığını gösteriyor ya da belirlenen kriterler sağlanamıyorsa acilen düzeltici tedbirler devreye sokulmalıdır. Alınacak özel tedbirler, monitörize edilmekte olan işleme göre seçilmelidir. Bu tedbirler şunlar olabilir: Yeniden ısı ile muameleye tabi tutma, yeniden işleme, sıcaklığın artırılması, su aktivitesinin azaltılması, pH'nın azaltılması, bazı katkı maddelerinin konsantrasyonlarının artırılması, son basamaktaki işlemin düzeltilmesi, kalitesiz hammaddenin alınmaması, ürünün hayvan yemi olarak kullanılmasının sağlanması veya ürünün imhası. Verilecek kararlar: ürünün kullanımından beklenen amaca ulaşip ulaşılmadığının kontrolüne, tehlikenin derecesine ve riskine bakılarak seçilmelidir.

#### 6. Kayıtların Tutulması:

KKNTA ile ilgili tüm dokümanlar hazırlanmalıdır. Bu dokümanlar, KKNTA uygulamasında görev alan personelin görevlerini ve sorumluluklarını, ürünün tanımı ve akım şeması gibi tehlike analizi ile ilgili verileri, kritik kontrol noktalarıyla ilgili ayrıntıları, tehlikeleri, kritik limitleri, kontrol ve izleme sistemlerini, herhangi bir sorun durumunda alınabilecek önlemleri, kayıtların nasıl tutulacağını, KKNTA sisteminin değerlendirilmesi gibi ayrıntıları içeren dokümanlar olmalıdır. Bu tip dokümanlar, her bir aşamada elde edilen verilerin zamanında ayrıntılı bir şekilde kaydedilmesi ile elde edilebilmektedir.

#### 7. Sistemin Planlandığı Şekilde Fonksiyon Gördüğünün Doğrulanması:

Doğrulama, kalite kontrol personeli, sağlık personeli veya denetimden sorumlu personel tarafından yapılabilir. Doğrulama çalışmaları; bütün tehlike noktalarının incelenip incelenmediğini, tüm Kritik Kontrol Noktalarının belirlenip belirlenmediğini, kriterlerin uygun olup olmadığını, monitorizasyon yöntemlerinin uygulamaları değerlendirmede etkin olup olmadığını anlamak için KKNTA planının gözden geçirilmesini içerir. Kayıtlar incelenir ve izlemenin etkinliğini değerlendirmek için ek testler yapılır.

#### Kaynaklar

1. Adams, C.E. (1998). Maximizing value from HACCP : Managing food safety for the business., *Food Australia*, 50: 332-335.
2. Battaglia, R. (1993). Quality management in food trade with a view towards 1993 in Europe, *Food Res. Int.* 26: 69-74
3. Bauman .H. (1990). HACCP: Concept, development and application. *Food Technol.*, 5:156-158.
4. Bryan, F.L.(1988). Risks of practices, procedures and processes that lead to outbreaks of foodborne diseases. *J. Food Protect.*, 51: 663-673
5. Corlett, D.A. Jr. (1991). Monitoring a HACCP system, *Cereal F W*, 36 (1) : 33-40.

6. Dean, K.H., (1990). HACCP and Food Safety in Canada. *Food Technol.* 5: 172-178
7. Hasde, M., Hamzaoğlu, O., GÜN, H. (1997). Kritik kontrol noktalarında tehlike analizinin değerlendirilmesi. V. Halk Sağlığı Günleri, Beslenme Sorunları ve Yasal Durum. Bildiri Özet Kitabı, 8-9-10 Eylül 1997. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Isparta.
8. Humber, J., (1992). Control points and critical control points. In: *HACCP Principles and Applications*. Chapman and Hall. Ed : M. D. Pierson, D.A. Corlett. New York, N.Y. : Chapman and Hall. p. : 97-104.
9. Huss, H.H. (1994). Assurance of seafood quality. *FAO Fish Tech Pap Vol* : 334.p. : 67-118.
10. ICMFS (1988). *Microorganisms in Foods. Vol : 4. Application of the hazard analysis critical control point (HACCP) system to ensure microbiological safety and Quality*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
11. Jay, J. M. (1991) *Microbiological safety of foods. In Modern Food Microbiology. 4nd. Ed. Chapter 18.*
12. Jouve, J. L. (1992). HACCP and Quality Systems. In : *3rd World Congress Foodborne Infections and Intoxications. Berlin. . Vol. II p. : 880-883.*
13. Katsuyama, A. M. (1995). Physical hazards and controls. In : *HACCP : Establishing Hazard Analysis Critical Control Point Programs*. Ed. : K. E. Stevenson, D.T. Bernard. Washington, D.C. . *The Food Processors Institute*. p. : 6.1-6.6.
14. Moberg, L. J. (1992). Establishing critical limits for critical control points. In: *HACCP Principles and Applications*. Chapman and Hall. Ed. : M.D. Pierson, D.A. Corlett. New York, N.Y. : Chapman And Hall, p.: 50-60.
15. Mortimore, S., Wallace, C. (1994) *HACCP a Practical Approach*. Chapman and Hall, London.
16. Potter, N.N., Hotchkiss, J.H. (1997). Food safety, risk and hazards. In : *Food Science. Fifth Ed.*. Chapman and Hall. p.: 532-558.
17. Prince, G. (1992). Verification of the HACCP program. In : *HACCP Principles and Applications*. Chapman and Hall. Ed.: M.D. Pierson, D.A. Corlett. New York, N.Y. p.: 90-95.
18. Richards, J., Parr, E., Riseborough, P. (1993). Hospital food hygiene : The Application of hazard analysis critical control points to conventional hospital catering. *J. Hosp. Inf.* 24: 173-282.
19. Roos, M.H., Garret, E.S. (1992). Monitoring critical control point critical limits. In: *HACCP Principles and Applications*. . Chapman and Hall. Ed.: M.D. Pierson, D.A. Corlett. New York, N.Y. p.:62-71.
20. Scott, V.N., Moberg, L. (1995). Biological hazards and controls. In: *HACCP : 1. Establishing critical limits for critical control point programs*. Ed.: K.E. Stevenson, D.T. Bernard. Washington, D.C.: *The Food Processors Institute*. p.:4.1-4.25.
21. Synder, O.P. (1986). Microbiological quality assurance in food service operations. *Food Technol.* 7: 122-130.
22. Sperber, W.H. (1991). The modern HACCP system . *Food Technol.*6: 116-120.
23. Stevenson, K.E. (1990). Implementing HACCP in the food industry. *Food Technol.* 5: 179-180.
24. Stevenson, K.E. (1995). Introduction to hazard analysis critical control point systems. In : *HACCP Establishing Hazard Analysis Critical Control Point Programs*. Ed.: K.E. Stevenson, D.T. Bernard. Washington, D.C.: *The Food Processors Institute*. p.:1.1-1.5.

## GÜNCEL SU VE BESİN KAYNAKLI ENFEKSİYONLARDAN KORUNMA

Yrd. Doç. Dr. H. Cem GÜL

Patojenik mikroorganizmalar, mikrobiyal toksin veya kimyasal ajanlarla kontamine olmuş yiyecek ve içeceklerin alımı ile oluşan enfeksiyonlar, su ve gıda ile bulaşan enfeksiyonlar olarak adlandırılır.

Az gelişmiş, gelişmekte olan ülkelerde daha sıklıkla olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde de görülebilen enfeksiyonlardandır. Tüm dünyada ölümlerin %4'ü ishaller hastalıklardan oluşmakta, yılda çoğu çocuk ve gelişmekte olan ülkeler olmak üzere bu hastalıklardan 2.2 milyon ölüm gerçekleşmektedir. Buna karşın gelişmiş ülkelerde de her yıl toplumun %30'u su ve gıda kaynaklı enfeksiyonlarla karşılaşmaktadır. İngilterede akut gastroenterit %20 oranında görülürken, en sık görülen etkenlere bakıldığında; norovirus 606700 olgu, Campylobacter spp 422200 olgu, Rotavirüs 344600 olgu, Tifo dışı salmonellozlar ise 106800 olgu olarak sıralanmaktadır. Hollanda da 1000'de 238 oranında akut gastroenterit olgusu görülmekte olup, Rotavirüs en sık saptanan etkidir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ise yıllık 76 milyon olgu görülmekte, bu olguların 5000'e yakını ölmektedir. Yıllık ABD'de 1,4 milyon salmonella spp. olgusu bildirilmektedir.

Ülkemizde sağlık bakanlığı verilerine bakıldığında, 2002 yılında bildirilen tifo vakaları 24390 iken 2007 yılında 1297, 2008 yılının ilk 7 ayında ise 121 olgu olarak saptanmıştır. Amipli dizanteri, basilli dizanteri gibi kanlı ishal vakaları, 2002 yılında 27550, 2007 yılında 9257 ve 2008 ilk yedi ayında 4011 olgu bildirilmiştir. Bildirilen Hepatit A vakaları incelendiğinde 2002 yılında 10660, 2007 yılında 8277, 2008 ocak-temmuz arası ise 4033 olgu saptanmıştır.

Besin ve su kaynaklı enfeksiyonlarda genelde gastrointestinal semptomlar baskın olup akut olarak ortaya çıkar. Semptomlar etkene göre değişiklikler gösterebilir. Buna göre;

### **Gastroenterit bulguları ile seyreden etkenler;**

- Viral etkenler:
  - Bebeklerde rotavirüs,
  - Çocuk ve erişkinlerde norovirus ve diğer calicivirusler
- Toksinler:
  - Staphylococcus aureus toksini
  - Bacillus cereus toksini
  - Ağır metaller.

### **İnflamatuvar ishal bulguları ile seyreden etkenler;**

- Shigella spp.
- Campylobacter spp.
- Salmonella spp
- Enteroinvasive E. coli
- Enterohemorrhagic E. coli
- E. coli O157:H7
- Vibrio parahaemolyticus
- Yersinia enterocolitica,
- Entamoeba histolytica

### **İnflamatuvar olmayan ishal bulguları ile seyreden etkenler;**

- Enterotoksijenik E. coli

- Giardia intestinalis
- Vibrio cholerae
- Enterik virüsler (astrovirus, norovirus, diğer calicivirusler, adenovirus, rotavirus)
- Cryptosporidium
- Cyclospora cayetanensis

**Persistan ishal bulguları ile seyreden etkenler;**

- Cyclospora cayetanensis
- Cryptosporidium
- Entamoeba histolytica
- Giardia intestinalis

**Nörolojik bulgular ile seyreden hastalıklar;**

- Botulizm
- Organik fosfor pestisidler
- Talyum zehirlenmesi
- Scombroid balık zehirlenmesi (histamine, saurine)
- Ciguatera balık zehirlenmesi (ciguatoxin)
- Tetradon balık zehirlenmesi (tetradotoxin)
- Nörotoksik deniz kabukluları zehirlenmesi (brevitoxin)
- Paralitik deniz kabukluları zehirlenmesi (saxitoxin)
- Amnezik deniz kabukluları zehirlenmesi (domoic acid)
- Mantar zehirlenmesi
- Guillain-Barré syndrome ( Campylobacter jejuni)

**Sistemik bulgular ile seyreden etkenler;**

- Listeria monocytogenes
- Brucella spp
- Trichinella spiralis
- Toxoplasma gondii
- Vibrio vulnificus
- Hepatit A ve E virüsleri
- Salmonella Typhi . Salmonella Paratyphi
- Amibik karaciğer apsesi

Ülkemizde ve dünyada Salmonella spp. Shigella spp. Campylobacter spp., Escherichia coli, Staphylococcus aureus en sık karşılaşılan su ve besin kaynaklı etkenlerdir. Salmonellalar içinde Salmonella enterica serovar enteritidis tüm dünyada en sık rastlanılan serotiptir.

Campylobacter spp., E. coli O157:H7, Calicivirusler, Cyclospor, Listeria monocytogenes, İnsanlarda varyant Creutzfeldt-Jakob (vCJD) hastalığı su ve besinlerle bulaşan hastalıklarda yeni etkenler olarak tanımlanmaktadır.

Su ve besinlerle oluşan hastalıklar değişik gıda maddeleri alımı ile oluşabilmektedir. Staphylococcus aureus'a bağlı gelişen enfeksiyonlar: et, kremalı ve mayonezli yiyecekler,süt, dondurma, yumurta gibi proteinden zengin besinlerde rahatlıkla üreyebilir iken, Salmonella spp bağlı enfeksiyonlar: sığır ve kümes hayvanları, yumurta, süt ve süt ürünleri

gibi hayvansal gıdalar ve kontamine su ile gelişebilmektedir. Bu tür enfeksiyonlar mevsimsel ve coğrafik değişikliklerde gösterebilir. (Tablo 1'de Su ve besinlerle oluşan hastalıklarda gıda, mevsimsel ve coğrafik alanlara göre etkenler gösterilmiştir.

**TABLO-1 Su ve besinlerle oluşan hastalıklarda gıda, mevsimsel ve coğrafik alanlara göre etkenler**

Etyoloji	Gıda	Mevsim	Coğrafik dağılım
<b>Bakteriyel</b>			
Salmonella spp.	Siğir eti,kümes hayvanları, yumurta, mandıra ürünleri, kontamine su	Yaz, sonbahar	Farklılık yok
Staphylococcus aureus	Et ve ürünleri, yumurta, kümes hayvanları, salata, süt, dondurma, mayonez gibi yüksek proteinli gıdalar ve S. aureus portörleri	Yaz	Farklılık yok
Campylobacter jejuni	Büyük ve küçükbaş hayvan etleri, kümes hayvanları, süt, kontamine su	İlkbahar, yaz	Farklılık yok
Clostridium botulinum	Buzdolabında uzunsüre saklanan, sebzemeye, balık ve konserve ürünler, bal (infantlarda)	Yaz, sonbahar	Farklılık yok
Clostridium perfringens	Büyük ve küçükbaş hayvan etleri, kümes hayvanları, et suyu	Sonbahar, kış, ilkbahar	Farklılık yok
Shigella	Yumurta salatası, marul, kontamine su, potörler	Yaz	Farklılık yok
Vibrio parahaemolyticus	Kabuklu deniz ürünleri	İlkbahar, yaz, sonbahar	Sahil bölgeleri
Bacillus cereus	Piriç ve ürünleri,et, sebze	Her mevsim	Farklılık yok
Yersinia enterocolitica	Et, süt	Kış	Bilinmiyor
Vibrio cholerae O1	Kabuklu deniz ürünleri	Her mevsim	Tropikal, Körfez sahilleri, Latin Amerika
Vibrio cholerae non-O1	Kabuklu deniz ürünleri	Bilinmiyor	Tropikal, Körfez sahilleri
Escherichia coli	Et ve ürünleri (hamburger), süt, kontamine su	Yaz, sonbahar	Farklılık yok ancak sıklıkla kuzey ülkeler
<b>Viral</b>			
Norovirusler	Kabuklu deniz ürünleri, salatalar, kontamine su	Her mevsim	Bilinmiyor
<b>Chemical</b>			
Ciguatoxin	Ciguatera balık zehirlenmesi	İlkbahar, yaz	Tropical bölgeler
Histamine, saurine	Tuna balığı, uskumru, scombroid balık zehirlenmesi	Her mevsim	Sahil bölgeleri
Bakır, çinko, demir, kadmiyum gibi ağır metal zehirlenmeleri	Teneke içinde bulunan asidik içecekler	Her mevsim	Bilinmiyor
Monosodyum-L-glutamad	Çin yiyecekleri	Her mevsim	Bilinmiyor

### **Su ve Besin Kaynaklı Enfeksiyonlarda Korunma**

Su ve besin kaynaklı enfeksiyonların ortaya çıkışı çevre koşulları yakından ilişkilidir. Alt yapı sistemlerinin yeterli olmaması, içme ve kullanma sularının fekal kontaminasyonuna ve sonuçta fekal oral bulaşan enfeksiyonların yaygın olarak görülmesine yol açar. Besinlerin sağlıklı koşullarda hazırlanması ve saklanması besinlerle bulaşan enfeksiyonların ortaya çıkmasına yol açar. Hayvan hastalıklarının kontrol edilememesi, direkt olarak ya da hayvan ürünlerinin tüketilmesi ile enfeksiyonlara neden olabilir. Arthropodlar biyolojik ve mekanik vektörlük yaparak çeşitli enfeksiyonların insanlara bulaşmasında rol oynarlar.

Su ve besin kaynaklı enfeksiyonların kontrolünde Belediyeler (hijyenik kullanım ve içme suyu temini ve dağıtım), sağlıklı gıda temini ve sunumu), Tarım Bakanlığı (hayvansal ürünlerin kontrol ve sanitasyonu), Sağlık Bakanlığı (Su ve gıda kontrolü, portör muayeneleri, hastalık tanısı-tedavisi, bulaşıcı hastalık bildirimleri) ve İl Hıfzısıhha kurulu gibi kurumlar ruhsat, eğitim, kontrol ve denetimden sorumludurlar.

**Su Kaynaklı Hastalıklardan Korunma:** Bu hastalıklar kontamine suyun içilmesi, yiyeceklerin, mutfak malzemelerinin, yüz ve ellerin yıkanması, dişlerin fırçalanması, yıkanma ve yüzme amacıyla kullanımı sonucunda bulaşır. Kullanılan ve içilen sular genellikle kanalizasyonun, hayvan atıklarının, atık su kanalı içeriklerinin bulaşması sonucunda kontamine olur. Bu kontaminasyonun önlenmesi için:

1-Suyun kaynağındaki kontaminasyonun önlenmesi,

a- Kanalizasyon suları nehir ve göllere akıtılmamalı.

b- Kuyu, su deposu ve kaynak sularının üzerleri kapatılmalı.

c- Yüzeysel su akıntılarının bu sulara karışması önlenmeli.

d- İnsan ve hayvanlar tarafından kontaminasyonunun önlenmesi için tedbirler alınmalıdır.

2- Şebeke suların dağıtım sırasında kontaminasyonun önlenmesi.

a- Arıtma tesislerinde depolama, koagülasyon, çöktürme, adsorbsyon, süzme ve kimyasal dezenfeksiyon işlemleri yapılmalı.

b- Basınç azalması nedeniyle borulara atık su sızıntısının olmaması için borular yenilenmeli ve bakımları yapılmalı.

c- Kanalizasyon boruları yeterli kapasitede olmalı.

d- Şebeke suyu boruları kanalizasyon borularının altından geçmemelidir.

Kimyasal dezenfeksiyon işlemlerinde klor ve diğer oksidan ajanlardan ozon, klor dioksit, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ile ultraviyole kullanılabilir. Ülkemizde ve bir çok ülkede ucuzluğu kolay bulunabilmesi ve güvenilir olması nedeni ile klor kullanılmaktadır.

Acil ve özel şartlarda süzme ve dinlendirme, kaynatma, kimyasal dezenfeksiyon veya filitre kullanımı yapılabilir.

**Gıda Kaynaklı Hastalıklardan Korunma:** Bu grup hastalıklar gıdaların alışverişinden, üretiminden, transportundan, saklanmasından, yapımından ve çalışana kadar olan aşamalarındaki kontaminasyona bağlı olarak gelişir. Bu kontaminasyonların önlenmesi için:

**1-Gıda çalışanlarına bağlı kontaminasyonlarının önlenmesi:** İşlerinin gereği olarak, kendi tüketimleri için kullanmayacakları gıda ile direkt temas halinde olan kişilerdir. Gıda, su ve içecek sektörünü kapsayan işletme, üretim, paketleme, servis ve satış elemanlarını içerir.

a- Bulaş genellikle, dışkı ile kontamine eller, enfekte cilt lezyonları, nazofaringeal sekresyonlar ile gelişir.

b- Periyodik portör muayenelerinin yapılması.

**2- Alış veriş sırasında gıda güvenliği,**

a- Paketli veya konserve gıdalar önce alınmalıdır. Kapakları şişmiş veya zarar görmüş konserve, çatlak veya gevşek kapaklı veya kapakları şişmiş kavanozlar alınmamalıdır.

b- Yumurtalar mümkünse buzdolabında tutulan yumurtalar alınmalıdır. Ambalajlı ve üretim ve son kullanma tarihi

olan ürünler tercih edilmelidir. Almadan önce temiz ve çatlaksız oldukları kontrol edilmelidir.

c-Et, tavuk veya balık alışverişi en son olarak yapılmalı, sızan sıvıların diğer gıdalara bulaşmaması için farklı poşetlere konmalıdır.

### **3- Gıdaların saklanması,**

a-Bozulma olasılığı olan gıdalar hemen buzdolabına veya buzluga yerleştirilmelidir.

Buzdolabının sıcaklığı en fazla 5oC , buzluk sıcaklığı da -18oC olmalıdır.

b-Buzdolabına konan çiğ et veya tavuk 1 veya 2 gün buzdolabında tutulabilir. Bir bölümü kullanılacaksa geriye kalan ambalajlanmalıdır. Sızan sıvıların diğer gıdalara bulaşmamasına dikkat edilmelidir.

c-Buzluğa yerleştirilecek gıdalar sıkıca kapatılmalı artık yemekler kapalı kaplarda tutulmalıdır.

d-Yumurtaların buzdolabının kapısı yerine ambalajlarında tutulmaları daha uygundur çünkü kapının sıcaklığı daha düşüktür.

e-Deniz ürünleri pişirilene kadar buzdolabında veya buzlukta tutulmalıdır.

f-Buzdolabında veya buzlukta gıdalar, hava dolaşımına engel olacak şekilde sıkışık yerleştirilmemelidir.

g-Artık gıdalar bozulmaya karşı günlük olarak kontrol edilmeli, görünümü veya kokusu şüpheli olan yiyecekler atılmalıdır. Bozulmanın en önemli belirtilerinden birisi küflenmedir.

h-Pastörize sütler buzdolabında saklanmalıdır. UHT yöntemiyle işlenmiş sütler ambalaj üzerindeki son kullanma tarihine kadar oda ısısında saklanabilir. Açıldıkları andan itibaren buzdolabında tutulmalıdır. Son kullanma tarihi geçenler tüketilmemelidir.

### **4- Yiyeceklerin hazırlanması,**

a-Yemeği hazırlamaya başlamadan önce veya çiğ et veya tavuk tutulduktan sonra!

Eller en az 20 saniye su (mümkünse sıcak ) ve sabunla yıkanmalıdır.

b-Saçlar toplu tutulmalı.

c-Ellerdeki açık yaralar veya kesikler kapatılmalı,

d-Ellerinde enfeksiyon olan kişiler yemek hazırlamamalıdır.

**5- Gıda güvenliği açısından bireysel davranışların en önemlisi EL YIKAMAKTIR. El yıkamak gıda kaynaklı enfeksiyonların %50'sini engeller.**

a-İşe başlamadan önce,

b-Tuvaleti kullandıktan sonra,

c-Pişmiş veya yenmeye hazır gıdaları ellemeden önce,

d-Çiğ gıdaları elledikten sonra,

e-Eldivenleri giymeden önce ve çıkarttıktan sonra,

f- Hapşırma, öksürme, burun silme,tokalaşma, para tutma, sigara içme, cilt, saç ve yüzü elleme,temizlik yapma gib gıda olmayan her türlü materyali elledikten sonra eller yıkanmalıdır.

### **6- Çalışma alanlarının güvenliği,**

a- Temiz olmalıdır.

b- Tezgahlar. 1 litre suya eklenmiş bir çay kaşığı (5ml) çamaşır suyu karışımı ile veya uygun bir ticari dezenfektan solüsyonla temizlenmelidir.

c- Çamaşır suyu solüsyonunun etkili olabilmesi için tezgah yüzeyleriyle 10 dakika temas etmesi gereklidir.

d- Mutfak bezleri , Islak mutfak bezleri bakteriler için kaynak olabilir.

e- Kesme tahtaları , Temiz tutulmalı, deniz ürünleri veya tavuk gibi çiğ gıdalar için kullanıldıktan sonra su ve sabunla temizlenmelidir.



f- Kullanılan mutfak malzemeleri, temiz olmalı, farklı gıdalar için kullanıldıkları zaman temizlenmelidirler.

**7- Yiyeceklerin hazırlanması,**

- a- Yemeğin hazırlanması, güvenli su, taze ve sağlam çiğ malzeme kullanılmalıdır.
- b- Et ve tavuklar, sızan sıvı berraklaşınca kadar iyice pişirilmelidir.
- c- Konserve gıdalar, açılmadan önce kapakları yıkanmalıdır.
- d- Pişmiş etler, Kirliliği veya daha önce çiğ etin konulduğu tabaklara konmamalıdır. Et kıyma haline getirildiği zaman dış yüzeyinde bulunması ihtimali olan bakteriler içeri geçer, bu nedenle uygun sıcaklıklarda pişirilmeleri önemlidir.
- e- Yemek asla daha sonra tamamlamak üzere yarım pişirilmemelidir.
- f- Yumurtalar, çiğ veya yarı pişmiş olarak kullanıldığı yemek tarifleri kullanılmamalıdır. Yumurtalar kırıldıktan hemen sonra kullanılmalıdır.
- g- Çiğ sebze ve meyveler, Akarsuyun altında ovularak iyice yıkanmalı, sabun veya deterjan kullanılmamalıdır. Zarar görmüş ve ezik bölgeler kesilip atılmalıdır.

**8- Pişmiş gıdalar,**

- a- Pişmiş gıdalar, Hastalığa neden olan bakteriler 40C-60oC arasında üredikleri için dış ortamda 2 saatten daha uzun bir süre tutulmamalıdır.
- b- Eğer bir yemek sıcak olarak yenicekse, Piştikten sonra bekletilmeden masaya getirilmeli, pişmiş yemekler tekrar ısıtıldıklarında tamamen ısınmalıdır.
- c- Artık gıdalar 3 gün içinde tüketilmelidir.

**9- Donmuş et ve diğer donmuş gıdalar.**

- a- Oda ısısında eritilmemelidir.
- b- Bir gün önceden buzluktan çıkartılıp buzdolabına konmalı veya sıkıca kapatılmış bir naylonun içinde soğuk suyun içinde eritilmelidir veya mikrodalga fırında eritilmelidir.
- c- Eritilmiş gıdalar tekrar dondurulmamalıdır.
- d- Asla kötü kokan, veya garip gözüken veya şişmiş veya sızıntılı konserve ve kavanozlardaki gıdaların tadına bakılmamalıdır.

**10- Profilaksi,**

a- Kemoprofilaksi.Turist diyareleri için daha çok gelişmiş ülkelerden az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere seyahat eden kişilere önerilir.Turist diyarelerin en sık etkeni enterotoksijenik E.coli (ETEC) dir. Trimetoprim-sülfametaksazol, kinolonlar ve doksisisiklin kullanımı bu ishalleri %50-85 oranında önlediği belirtilmiştir. Ancak çoklu dirençli ETEC kökenlerinin yaygınlaşmasını önlemek için özellikle hafif seyirli enfeksiyonlarda kullanılmamalıdır.

b-İmmünoprofilaksi. Günümüzde en sık kullanılan aşı rota virüs aşısıdır. Yeni üretilen üç insan suşu( serotip 1, 2 ve 4) ve bir rhesus maymun suşu içeren tetravalan, canlı, attenüe oral bir aşısıdır. Etkinliği %70-100 olarak bulunmuştur. Aşı 2, 4 ve 6. aylarda uygulanmaktadır. Enterik adenovirüsler ve calicivirüsler içinde aşı çalışmaları sürmektedir.

Kanlı ishal etkeni olan sigellalar içinde aşı uygulamaları bulunmaktadır. Ancak bu aşılar ölü aşılar olup koruyuculuk yönünden yetersiz kalmıştır. Sterptomisine bağımlı mutant suşlarla hazırlanan aşılar hiperendemik bölgelerde kullanılmış, 6 ay süreli koruyuculuk sağlamıştır. Daha etkin ve güvenilir attenüe aşı elde etme çalışmaları sürmektedir.

Koleranın önlenmesi amacı ile parenteral uygulanan ölü bakteri aşıları kişilerin %50'inde 3-6 ay süren bağımsızlık sağlar. Şimdiye kadar yapılan uygulamaların kolera yayılımını azaltmadığı gösterilmiştir.

Tifo enfeksiyonlarının önlenmesinde oral (Ty21a), Vi kapsüller polisakkarid parenteral (Ty-ViPS) ve inaktive tüm hücre olmak üzere olmak üzere üç farklı aşı bulunmaktadır. Hücre aşılarının kullanımı önerilmemektedir. Özellikle endemik bölgelere seyahat edenlerde önerilmektedir.

**Kaynaklar**

- 1- Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, et al..Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. *Clin Infect Dis* 2005; 41:698-704.
- 2- <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel/htm>. Erişim, 15 eylül 2008.
- 3- Alicia MF, Christopher RB, Patricia MG, James MH.: *Foodborne Disease*. In: Mandell GL,Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Disease*, 6th ed. New York: Churchill Livingstone, 2005..1287-1301.
- 4- Ulutan F: Besin zehirlemeleri. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editors. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitabevi, 2002. 765-86.*
- 5- Söyletir G, Topçu AW.: *Bakteriyel isaller*. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editors. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitabevi. 2002. 750-64.*
- 6- Beyazova U, Şahin F.: *Viral gastroenteritler*. . In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editors. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitabevi. 2002. 771-78.*
- 7- <http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/foodborneinfections/htm>. Erişim, 15 eylül 2008.
- 8- Snyderman DR. *Food poisoning*. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, editors. *Infectious Diseases, Philadelphia, 1992. 628-38.*

**BEDENSEL VE ZİHİNSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ:  
Birlikte yaşama, Topluma katılım ve Hizmet Kullanımına katılım (DISQOL) Projesi**

**Prof. Dr. Erhan Eser**

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

**Prof. Dr. Ömer Aydemir, Uz. Dr. Beyhan Özyurt ve Dr. Sultan Yalçın Eser PhD**

**Projenin Amacı:**

Bu çalışma (DISQOL), orjinal adı 'Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities: Integrated Living, Social Inclusion and Service User Participation' olan, DIS-QOL Akronimi ile AB 6 nci çerçeve programı tarafından desteklenen, 2005 yılında başlamış olan 3 yıllık bir projenin parçasıdır. DIS-QOL projesi 3 ayrı çıktıyı hedeflemektedir.

Bu çıktılar:

1- Engellilik ile ilgili gereksinimleri toplum düzeyindeki hizmet yelpazesi veya hizmet paketleri tarafından ne derecede karşılanabildiğini değerlendirmeyi amaçlayan "Accommodation and Care Fit Index - ACFI" adıyla tanımlanan bir indeks.

2- Engellilerin kendileri, yakınları ve genel toplum için üç ayrı sürümüne sahip olması amaçlanan bir Engellilik Tutum Ölçeği (the Attitudes to Disabilities Scale) , ve

3- Engellilerde sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesinin ölçülmesini amaçlayan WHOQOL-DIS ölçeğidir.

Bu ölçeklerinin Bedensel ve Zihinsel Engellilerle ilgili kendi kendine ve görüşmeci yardımı ile yanıtlanan sürümleri ve Vekil (Proxy) sürümleri de geliştirilip kullanıma sunulacaktır.

Projeye katılan merkezlerin listesi aşağıda sunulmuştur. Bu projeye Türkiye ekibi (Prof. Dr. Erhan Eser (ana araştırmacı), Prof. Dr. Ömer Aydemir, Uz. Dr. Beyhan Özyurt ve Dr. Sultan Yalçın Eser PhD) merkezi İzmir'de olan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği (SAYKAD) adına katılmaktadır.

**DIS-QOL katılımcı merkez listesi:**

**Aktif Merkezler:**

- (1) Edinburgh ( Koordinatör merkez)
- (2) – WHO (Cenevre)
- (3) – Barcelona (İspanya)
- (4) – Paris (Fransa)
- (5) – Prague (Çek Cum.)
- (6) – Tromsø (Norveç)
- (7) – İzmir (Türkiye)
- (8) – Vilnius (Litvanya)
- (9) – Tilburg (Hollanda)
- (10) – Sicilya (İtalya)

**Destekleyici Avrupa dışı merkezler:**

- (11) – Puerto Alegre (Brezilya)
- (12) – Montevideo (Uruguay)
- (13) – Guanzou (Çin)

**Projenin Yöntemi:**

Bu projede eş zamanlı ölçek geliştirme yöntemi izlenmektedir. Projenin genel aşamaları şunlardır:

- 1- Uluslararası ve ulusal kaynakların değerlendirilmesi,
- 2-Toplumlarda (her merkezde) Engellilere Sunulan Hizmetlerle ilgili raporların ve hizmet türlerinin sınıflamalarının oluşturulması
- 3-Odak grup öncesi yapılandırılmış görüşmelerin hazırlanması için Delphi döngülerinin (elektronik ortamda tartışmaların) yapılması,
- 4-Odak grup görüşmeleri (Bedensel engelli grupları, zihinsel engelli grupları, bakım verenler, engellilere hizmet veren sağlık ve sosyal hizmet profesyonelleri ile ayrı ayrı odak gruplar yapılmıştır).
- 5- Pilot Deneme sürümünün hazırlanması ve ileri, geri çeviriler ve eşgüdümü sağlayan merkezle bunlarla ilgili tartışma süreci,
- 6- Pilot Çalışmada ve Alan Deneme çalışmasında hedef taslak ölçeklerin yanısıra kullanılacak olan paralel ölçeklerin (WHOQOL kısa form, WHODAS II, SWLS) belirlenmesi
- 7-Pilot çalışma verilerinin toplanması
- 8-Pilot verilerin psikometrik analizleri (Klasik Psikometrik teori ve IRT yaklaşımları)
- 9-Alan Deneme sürümünün hazırlanması
- 10- Alan Deneme anketlerinin verilerin psikometrik analizleri (Klasik Psikometrik teori ve IRT yaklaşımları)
- 11- Son sürümlerin hazırlanması ve kullanıma sunulması
- 12- Proje çıktılarının tanıtılması ile ilgili etkinlikler.

DISQOL projesine katılan Türkiye-zmir merkezi, diğer merkezlerle ek olarak İskoç, İngiliz ve Çek merkezleri ile birlikte ayrıca "Vekil (Proxy)" ölçek sürümlerinin geliştirilmesi çalışmasına da katılmaktadır. Bunun yanında Brezilya ve Uruguay merkezleri ile birlikte engellilerden elde edilecek hizmet sunumu, yaşam kalitesi ve engellilik tutumu skorlarının "Sosyal sınıf" ve "Yerleşim kategoriler (kentsel, yarı kentsel ve kırsal)" kategorilerindeki değişimi de ortaya koymayı hedeflemiştir.

İlk genel çıktıların 2009 yılıbaşında elde edilmesi beklenen projenin resmi sonlanma tarihi 31 Aralık 2008'dir. 2009 yılı içinde DIS-QOL ile ilgili ayrıntılı bilgi için [www.saykad.org](http://www.saykad.org) veya [e.eser@bayar.edu.tr](mailto:e.eser@bayar.edu.tr) adresinden Prof. Dr. Erhan Eser'e başvurunuz.

## **SİGARAYI BIRAKMA ÜNİTESİ ÇALIŞMALARINDA HALK SAĞLIĞI (Fırat Üniversitesi Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniği Deneyimi)**

**Prof. Dr. Yasemin AÇIK**

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

21. yüzyılda halk sağlığı anabilim dallarının önemi her geçen gün artmaktadır. Halk sağlığı, sadece sahada ve birinci basamakta değil, aynı zamanda 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında da hizmet sunmalıdır.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tanıtımı:

1985 yılında kurulan anabilim dalında: Tıp Fakültesi 3.sınıf öğrencilerinin Halk Sağlığı Kurulu eğitimi, 6. sınıf öğrencilerinin 60 günlük Kırsal Hekimlik Uygulamaları, halk sağlığı uzmanlık eğitimi, yüksek lisans ve doktora eğitimi sürdürülmektedir. 2007 yılına kadar internlerin kırsal hekimlik uygulamaları, Yenimahalle ve Abdullahpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocaklarında sürdürülmekteydi. 2007 yılında Aile Hekimliği Pilot uygulamasının Elazığ ilinde başlamasıyla birlikte, eğitim araştırma sağlık ocakları kapatıldı ve intern eğitimi farklı birimlerde verilmeye başlandı.

### **Anabilim Dalı bünyesinde eğitim ve hizmet sunumları;**

- 1-Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği
- 2-Yaşam Boyu Kadın ve Üreme Sağlığı Derneği
- 3-Fırat Üniversitesi Hastanesi Bağışıklama Birimi
- 4-Fırat Üniversitesi Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniği

### **1-SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE SİGARA İLE MÜCADELE DERNEĞİ**

- 1993 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanları tarafından Elazığ'da kuruldu. 23.07.1998 Tarihinde Bakanlar Kurulu Kararı ile Kamu Yararına çalışan dernek oldu.
- Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un yasalaşması için 1996 yılında fax kampanyası başlattı ve bu kampanya döneminde Elazığ'dan 5 bin adet fax, cumhurbaşkanlığına, TBMM Başkanlığına ve Meclis Araştırma Komisyonuna gönderildi.
- 1994 yılında "I.Ulusal Sigara İle Mücadele Karikatür Yarışması" yapıldı
- 1996 ve 1998 yıllarında Uluslararası Çekilişli Bırak-Kazan Sigarayı Bırakma Kampanyalarının Türkiye organizasyonunu yaptı.
- Mayıs 1999 tarihinde İstanbul'da yapılan "Uluslar arası Katılımlı Sigara ve Sağlık" Kongresinin sekreteryasını üstlendi.
- Elazığ'da bulunan bazı okullarda Bırak Kazan, ödüllü sigarayı bırakma kampanyaları ile okullarda ve yerel televizyonlarda sigara sağlık ilişkisi ile ilgili eğitim programları düzenlemektedir
- Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Ulusal Tütün Kontrol Komitesi üyesi olarak sigarayla mücadele stratejileri ve eylem planları oluşturulması ile ilgili çalışma gruplarına katılmaktadır.

### **2-YAŞAM BOYU KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DERNEĞİ**

- 2004 yılında Elazığ'da Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları tarafından kuruldu. 2005 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği işbirliği içerisinde ilan edilen "Türkiye Üreme Sağlığı

Programı” hibe projeleri kapsamında “Türkiye’nin bir çok az gelişmiş ilinde Medya çalışanlarının cinsel sağlık, üreme sağlığı konularında uyum, eğitim ve savunuculuğu ” isimli 100 bin Avro’luk hibe projesini gerçekleştirdi. Projede; medya çalışanlarının, üreme sağlığı, üreme hakları, aile içi şiddet, toplumsal cinsiyet, nüfus ve kalkınma gibi konuları daha iyi kavramaları ve haberleri daha kapsamlı hazırlayabilmeleri için gerekli bilgi ve becerilerini geliştirmek, sonuçta da toplumun bu konular hakkında bilinç düzeyini artırabilmek amaçlanmıştır. Projenin hedef kitesini, Elazığ, Malatya, Bingöl ve Tunceli illerinde görev yapan, gazeteci, muhabir, televizyon ve radyoda haber okuyan, haber, belgesel ve metin hazırlayan tüm medya çalışanları oluşturmuştur. Söz konusu illerde yaşayan 205 medya çalışanına eğitim verilerek, medya çalışanları aracılığıyla bu illerde yaşayan yaklaşık 1.5 milyon kişiye ulaşılmış ve proje dönemi ve sonrasında medya çalışanları konu ile ilgili haberler yapmış ve konunun kamuoyunda diri tutulması, sağlanmıştır.

◦ Proje nedeni ile Elazığ Gazeteciler Cemiyeti, Yaşam Boyu Kadın ve Üreme Sağlığı Derneği’ne “2005 Yılı Başarılı Sivil Toplum Örgütü” ödülü vermiştir.

### 3-BAĞIŞIKLAMA BİRİMİ

Fırat Üniversitesi Hastanesi bünyesinde Halk Sağlığı Anabilim Dalına bağlı olarak hizmet sunmaktadır.

### 4-SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİĞİ

Dünya Sağlık Örgütü, sigara kullanımını Dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak nitelendirmektedir. Bu kadar yaygın bir bağımlılık çeşidi olan sigara kullanımı ile mücadelede; Toplumun bilinçlendirilmesi, gençlerin sigaraya ulaşılabilirliğinin önlenmesi ve yasal düzenlemelerin yanı sıra, sigara içen kişilere sunulacak sigarayı bırakmaya yardım hizmetleri de önemlidir. Bu hizmetin sunumunda halk sağlığıcular kilit rol üstlenmelidirler (1).

Sigara bağımlılığının tedavisi; alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin tedavisinde olduğu gibi özel yardım gerektirir. Tüm profesyonel yardımlara rağmen, gelişmiş ülkelerde dahil olmak üzere Dünyada sigarayı bırakma polikliniklerinin başarı oranları %25-60 arasında değişmektedir. Özelleşmiş sigara bırakma polikliniklerinde hasta motive edilerek, yakın takibe alınarak, psikiyatrik destek ve gerektiğinde ilaç desteği sağlanarak yapılması başarı olasılığını artırmaktadır.

Fırat Üniversitesi Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniği, 7 Mart 2006 tarihinde; Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’na bağlı olarak Fırat Üniversitesi Hastanesi bünyesinde, Psikiyatri, Göğüs Hastalıkları ve KBB anabilim dalları ile iş birliği içerisinde faaliyet göstermeye başladı. Doğu Anadolu Bölgesinde konu ile ilgili olarak eğitim ve hizmet vermekte olan ilk polikliniklerdir.

#### 7 Mart 2006-30 Eylül 2008 tarihleri arasında polikliniğe müracaat durumu;

◦ Toplam müracaat sayısı	: 1610
◦ İlk görüşmeye gelmeyen kişi sayısı	: 164
◦ Toplam görüşülen kişi sayısı	: 1446
◦ Başarılı (içmemeyi sürdüren) kişi sayısı	: 864

Sigarayı Bırakma Oranı (Quit Ratio) = Bırakmayı sürdürenler x 100 ÷ Bırakmayı +İçmeyi sürdürenler formülü ile hesaplanır.

Sigarayı Bırakma Oranı (7 Mart 2006-30 Eylül 2008) = 864 ÷ 1610 x 100 = %53.66 (Tüm müracaatlar için)

**Sigarayı Bırakma Oranı** (7 Mart 2006-30 Eylül 2008) =  $864 \div 1446 \times 100 = \%59.75$  (İlk görüşmeye gelmeyenler hariç)

**Sigarayı Bırakma Polikliniğinde yapılanlar;**

Poliklinikte: Konu ile ilgili olarak eğitim almış bir halk sağlığı asistanı sürekli bulunmakta ve hastaların ilk müracaatını alarak hastayı görüşmeye hazırlamaktadır. Halk sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri ise sırayla ve randevu sistemi ile polikliniğe başvuran kişilere sigarayı bırakmaya yardım hizmeti sunmaktadırlar. Her gün 2-3 yeni hasta, 3-5 kontrol hastası olmak üzere ortalama 5-7 hasta ile görüşme yapılmaktadır. Her hastaya ilk görüşmede yaklaşık 30-45 dakika, kontrol görüşmelerinde 15-20 dakika zaman ayrılmaktadır.

**Sigarayı bırakmak isteyenlerle görüşme planı**

- İlk müracaat ve hazırlık
- İlk görüşme ve sigarayı bırakma günün tespiti
- 1. izlem                      Sigarayı bırakma günü görüşmesi
- 2. izlem                      7.gün
- 3. izlem                      15.gün
- 4. izlem                      1.ay
- 5. izlem                      3.ay
- 6. izlem                      6.ay
- 7. izlem                      1.yıl
- Telefon görüşmeleri

**İlk müracaat ve hazırlık döneminde yapılanlar;**

- Ek 1'de sunulan "F.Ü. Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniği Hasta Değerlendirme Formu" nun doldurulması
- Anamnez alınması: özgeçmişleri, soy geçmişleri, alışkanlıkları, geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar ve sürekli aldığı ilaçlar
- Fizik muayene, kan basıncı, boy, kilo ölçümü, BMI hesabı
- Fagerström nikotin bağımlılık testi ile bağımlılık düzeyinin belirlenmesi.
- Karbonmonoksit monitörü ile solunum havasında karbon monoksit ve karboksi hemoglobin düzeylerine bakma
- İstenen tetkikler: CBC, total kolesterol düzeyi, HDL, LDL, Tg, AST, ALT, AKŞ, Sedimantasyon, üre, kreatinin, solunum fonksiyon testi, EKG, PA Akciğer grafisi
- Hasta, akciğer grafisi ve SFT sonuçlarıyla birlikte Göğüs Hastalıkları Kliniğine konsültasyona gönderilir.

**İlk Görüşme ve Sigarayı Bırakma Günü Tespiti**

- İlgili bir karşılama ve "Kayıt ve Değerlendirme Formu"nun incelenmesi: Hastanın anamnez, fizik muayene sonuçları, tetkikler ve Göğüs Hastalıkları AD. konsültasyon notunun değerlendirilmesi
- Sigaranın sağlığa zararları, sigarada bulunan zararlı maddeler, bağımlılık ve sigaranın bağımlılık yapıcı

etkisi, sigara kullanımının sosyal yaşamına, mesleğine olumsuz etkisi konusunda bilgi verme

- Sigarayı bırakma gününün tespit edilmesi, hasta değerlendirme formuna yazılması ve sigarayı bırakacak kişi tarafından imzalanması
- Yoksunluk belirtileriyle baş etme hazırlıklarının görüşülmesi
- İçme isteğini savuşturma tekniklerinin görüşülmesi; Sigara içme isteklerinin dalgalar halinde geldiği ve 3 dakika sürdüğü, önemli olan 3 dakikayı savuşturmak olduğu ve içme istekleri savuşturuldukça söndüğü anlatılır. İçme isteklerini savuşturmak için; derin nefes egzersizi, düzenli fizik egzersiz, ortam değiştirme, su içme, sakız çiğneme, çerez, neneli şeker v.s. alma önerilebilir.
- Kişinin bu hazırlık döneminde içtiği sigaraları kaydetmesi istenir (Ek 2). Böylece günün hangi saatlerinde ne yaparken, yanında kim var iken ve hangi ruh hali içinde iken sigara içtiği tespit edilmekte ve sigarayı bıraktığı dönemde buralara müdahale etmeye çalışılmaktadır.
- Sigarayı bırakma günü öncesi, kendisine sigarayı hatırlatacak, küllük, çakmak v.s. ne varsa evden ve ortamdaki uzaklaştırması ve kalan sigaralarını kırıp çöpe atması önerilir. En üst düzeyde içme isteği oluşturma riski olan yer, kişi ve durumlardan uzak kalması önerilmektedir. En yakın ilişki içinde bulunduğu kendini seven kişilere bırakma kararı bildirilip destekleri sağlanmalıdır.
- Düzenli beden eğitiminin sigara bırakmaya ve genel sağlığa etkisi ile ilgili açıklamaların yapılması
- Stresle başa çıkma ( Ödev: Derin nefes egzersizini kullanmaya başlayacak )
- Önemli olan kişinin sigarayı beyinde öldürmesi ve içme istekleri geldiğinde iradesini kullanarak inatlaşması ve içme isteklerini savuşturmasıdır.
- Bırakmayı boşa çıkartıcı etkilere karşı güvenli ve kararlı tepki oluşturulması. Bırakmaya hazırlık döneminde yapması gerekenlerle ilgili bir bilgilendirme formu verilmektedir (Ek 3 ve Ek 4).

#### **Sigarayı Bırakma Teknikleri;**

Kişinin bağımlılık düzeyine göre ya tek başına davranışsal ve bilişsel teknikler ya da davranışsal ve bilişsel teknikler + ilaç tedavisi verilmektedir.

A-Davranışsal ve bilişsel teknikler

B-Nikotin bağımlılığının ilaçla tedavisi

#### **A-Davranışsal ve Bilişsel Teknikler**

- 1-Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik teknikler
  - a-Elektrik şok gibi bir uyarı ile eşleştirme
  - b-Alınan sigara miktarının önemli düzeyde artırılması
  - c-Sigarayı zihinde olumsuz durumlarla eşleştirme
- 2-Bırakma gününün saptanması ve bırakma sözünün verilmesi
- 3-Bırakma nedenlerinin yazılı hale getirilip yanında taşınması
- 4-Ödül ve ceza uygulamaları
- 5-Sigara içme davranışının kaydedilmesi
- 6-Koşulların söndürülmesi;
- 7-Sigara ile ilgili nesnelerin evden ve iş yerinden uzaklaştırılması
- 8-İçme isteğini savuşturma teknikleri
- 9-Sosyal destek



- 10-Gevşeme eğitimi
- 11-Düzenli beden eğitimi
- 12-Yeniden başlamaya karşı önleyici yaklaşım

#### **B- İlaç Tedavisi**

##### 1-Nikotin Replacesman Tedavisi (NRT)

- Nikotin bantı
- Nikotin sakızı
- İnhaler
- Nazal sprey

##### 2-Bupropion (Antidepresan)

##### 3-Verneklın tartarat

Sonuç olarak: Dünyada yaklaşık 1.1 milyar insan sigara içmektedir. 2025'te, bu sayının 1.6 milyarı aşması beklenmektedir. Tütün ürünleri her yıl, tüm dünyada 4 milyon insanın ölümüne ve Dünya ekonomisinde 200 milyar ABD Doları ekonomik kayba neden olmaktadır. Eğer mevcut durum değişmez ise, 2020 yılında tütün, yılda 10 milyon (%70'i geliştirmekte olan ülkelerde) insanın ölümüne neden olacaktır. Ülkemizde her yıl yaklaşık 100 bin kişi sigara nedeniyle ölmekte, 2 milyar dolar ekonomik kayıp olmaktadır (2,3,4). Sigarada 4 bin kadar zehirli madde vardır ve bir çok hastalığın ve kanser türünün en önemli nedenlerinden biridir. İçerisinde bu kadar çok zehirli madde bulunduran ve bir çok hastalığa yol açan bir nesnenin para ile alınıp içilmesinin engellenmesi için; sigarayı bırakmaya yardım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sigaraya başlama yaşı öncesi dönemdeki gençlerin sigaraya başlamasını engelleyici eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması son derece önemlidir.

#### **Kaynaklar**

- 1- <http://www.who.int/en/>
- 2- <http://www.tobacco.org>
- 3- <http://www.tobaccopedia.org>
- 4- Sezer R.E. Nikotin Bağımlılığının Tedavisi. Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1995;1(2):7-12.

## CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TEMEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI GÖSTERGELERİNDEKİ DEĞİŞİMLER

**Prof. Dr. Ayşe AKIN**

Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü, Ankara 2008

Mustafa Kemal Atatürk, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek büyük hamleyi ülkemizin çağdaşlaşmasındaki en büyük kilometre taşlarından biri olarak görmüştür. Cumhuriyetin sağlık hizmetleri konusunda benimseyeceği temel politik ilke Atatürk tarafından 1 Mart 1922 tarihinde Meclis kürsüsünde şu cümlelerle dile getirilmiştir: “Milletimizi asayiş tam halinde yaşatmak en büyük amacımız olduğu gibi onun sıhhatine itina etmek olanaklarımız nispetinde toplumsal acıya çare olmak da hükümetimizin genel ödevlerinden biridir.”. Atatürk’ün bu sözleri sağlık hizmetlerini yürütmeyi devletin temel görevlerinden biri haline getirmektedir. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının birer sağlık bakım hakkının bulunduğu anlamına da gelen bu yükümlülük sağlık alanında çağdaş devlet-birey ilişkisine de işaret etmektedir. Böylesi ilkesel etik bir yaklaşım,T.C.nin benimseyeceği sağlık politikasının temel çıkış kaynağı olacaktır.Atatürk diğer konuşmalarında da devletin söz konusu yükümlülüğünün koruyucu ve halk sağlığı hizmeti biçiminde olmasının gereğini vurgulamıştır (1,3,4,6).

Atatürk’ün sağlık alanındaki ilke ve politikalarının en büyük destekçisi ve uygulayıcısı, Cumhuriyet Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydamdır. Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin gelişmesinde çok büyük etkisi olan R.Saydam yaklaşık 14 yıl Bakanlık yapmış olup uygulamada koruyucu sağlık hizmetlerine daima büyük önem vermiştir. Hocamız Prof. Dr. Nusret H. Fişek’in “Halk Sağlığına Giriş” kitabında belirttiği gibi R. Saydam 1935 yılında Hıfzısıha Okulunun açılışındaki konuşmasında: “Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarf edecektir” demiştir (3,6). Hem Atatürk’ün hem de Cumhuriyet Döneminin ilk sağlık Bakanının sağlığa bakışını yansıtan cümlelerin yanı sıra, günümüzde bizzat Sağlık Bakanlığı tarafından öne sürülüp ölçsüz bir biçimde yaygınlaştırılmaya çalışılan “Aile Hekimliği Sistemi” düşünüldüğünde, Ulusal sağlık politikamızda ne yazık ki varılmak istenen başlangıç hedefleri ile son yani günümüzdeki hedefler arasındaki uçurum kolayca görülebilmektedir.

Türkiye Cumhuriyetinin başlangıcından bu yana izlenen sağlık politikaları, toplumsal değişimler, müdahale programları; ülkenin Temel Sağlık ve Üreme Sağlığı göstergelerinin değişiminde en temel faktör olmuşlardır.

Refik Saydam döneminde sıtma, trahom, sifiliz ve salgın yapan bulaşıcı hastalıklarla savaşı en uzak köylere kadar götürmek için her imkanı kullanmıştır. Bu dönemde, hekim ve sağlık memuru yetiştirilmesine önem verilmiştir. Ücretlendirme politikasında da koruyucu hizmetlerde görev alanlara daha fazla ücret ödenmiştir.

Türkiye’de Behçet Uz döneminde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegrasyonu yaklaşımı ve buna uygun örgütlenme modeli ön görülmüşse de daha sonraki uygulamalar beklenen ölçüde başarılı olamamıştır (3).

Türkiye’de sağlık göstergelerinin iyileşmesine önemli katkı sağlayan dönem ise, 1960 ve sonrasıdır. Bu dönemde kabul edilen “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” sağlık hizmetlerinde bir devrim kanunudur.

Bu yasa, Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir Devlet görevi olduğunu , ilk basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını , koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedir (1,3,6). Bu yasanın uygulanması değişen politik ortamlara ve politik kararlılığa paralel olarak farklılıklar göstermiştir. Ancak yasanın öngördüğü uygulamalar eksiksiz yapıldığında sağlık düzeyinin kısa sürede önemli ölçüde iyileşebildiği pek çok il,

ilçe ve eğitim araştırma bölgeleri düzeyinde çok açık olarak gösterildiği ülke istatistikleri incelenildiğinde de bu durum görülebildiği halde , genellikle olumlu sonuçlar gözardı edilmeye çalışılmıştır. Bu yazı kapsamında bazı Temel Sağlık ve Üreme Sağlığı Göstergelerinden bazı örnekler verilerek özellikle bu yasanın uygulandığı 30 yılı aşan süredeki değişimler yansıtılmaya çalışılacaktır.

Türkiye’de, Cumhuriyet döneminde gerçekleştirilen ve sağlık konularına önemli katkıları olan yasal düzenlemeler (2) :

Eğitim ve öğretim birliğini sağlayan-Tevhidi tedrisat kanunu (1924). Türk medeni kanunu (1926): Umumi Hıfzıssıha Kanunu (1930): Kadınlara seçme ve seçilme hakkının tanınması (1934) :Toplumun sağlığının iyileştirilmesinde son derece önemli olan: "224 Sayılı-Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" (1961): Nüfus Planlaması hakkında 557 Sayılı Yasa (1965) - Bu yasa ile geriye dönüşümlü aile planlaması yöntemlerinin serbest bırakılması bireylerin üreme haklarını kullanabilmeleri ve özellikle kadın sağlığı yönünden son derece önemli olmuştur.

1983 yılında , kadının üreme hakkına daha duyarlı olan ve ona istemediği gebeliğini sonlandırmada karar yetkisi veren Nüfus Planlaması hakkında 2827 Sayılı Yasa kabul edilmesİ.

Türkiye, "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi"ni (CEDAW) (1985), "Çocuk Hakları Sözleşmesi"ni imzaladı (1990)

Kadın Erkek eşitliği ve Gender ayrımcılığının önlenmesi konularında savunuculuk ve uygulamaları izlemeye önemli bir mekanizma olan Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) nün kurulması (1990).

Türkiye, 1994’de yapılan Kahire-Nüfus ve Kalkınma Konferansı’na, ve 1995 de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansına resmi düzeyde katılarak bütün kararları kabul ederek imzaladı.

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü’nün öncülüğünde , ilgili sektörlerin geniş katılımı ile ilk kez “ Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejileri” hazırlandı (1996).Bu plan daha sonra 2005 yılında, “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için, Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015”adı altında güncellenerek Türkiye’nin 20015 yılına kadar olan hedeflerini, ilkelerini ve yapılması gerekenleri belirledi (15).

1997 Yılı Kadının statüsü ile ilgili önemli ilerlemeyi sağlayabilecek bir adımın atıldığı Yıl olup, zorunlu temel eğitimi beş yıldan sekiz yıla çıkaran 4306 Sayılı Kanun yürürlüğe girdi.

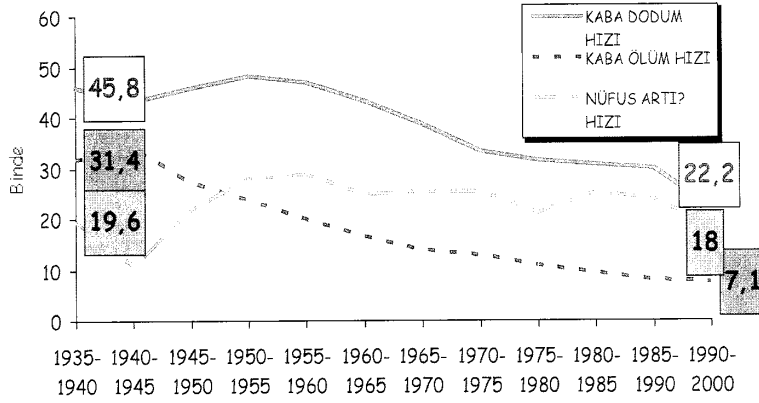
Aile içi şiddete uğrayan kişilerin korunması için gerekli tedbirlerin alınması düzenleyen 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun yürürlüğe girdi (1998).

Kadın erkek eşitliğinde önemli maddeler içeren yeni medeni kanun yürürlüğe girdi. (2002). Kadımla ilgili olumlu değişiklikleri içeren “Yeni Türk Ceza Kanunu” nun kabul edilmesi (2004).

Cumhuriyet döneminde gerçekleştirilen ve sağlıkla ilgili bütün olaylarda önemli etki ve katkısı olan başarılarıdır. Denilebilir ki Türkiye’de kadın sağlığı, aile planlaması, üreme sağlığı dahil “Temel Sağlık konularında hala ciddi sorunlar olmasına karşın yıllara göre göstergelerde önemli mesafeler de alınmıştır.

Örnekler verilecek olursa:

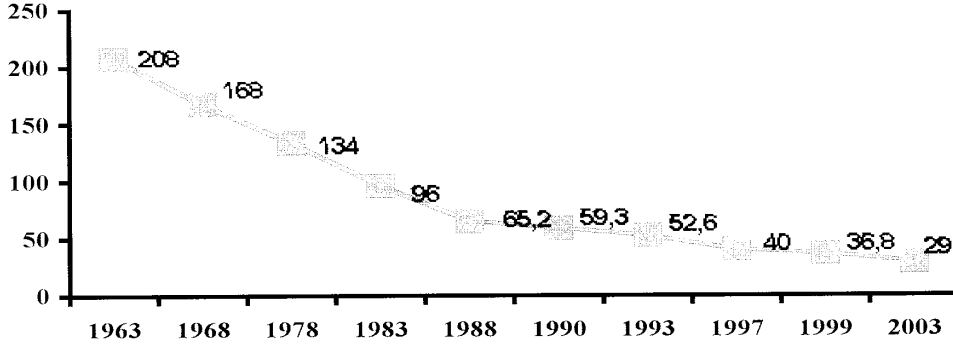
Türkiye’de hala, rutin kayıt ve bildirimlerle sağlık istatistikleri sağlanamamaktadır. Ne var ki ilk kez 1963 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek’in önderliği ile Sağlık Bakanlığı tarafından ülkeyi temsil eden örneklem üzerinde yapılan ve daha sonra her 5 yılda bir tekrarlanan “ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları” (TNSA), kadın sağlığı ,doğurganlık ,aile planlaması ve bazı TSH konularında fikir vermekte, yol gösterici olmaktadır:



Grafikte de görüldüğü gibi kaba doğum, kaba ölüm ve nüfus artış hızlarında yıllar itibariyle önemli düşüşler meydana gelmiştir (1,2,5,7).

#### Türkiyede Yıllara göre Bebek Ölüm Hızları (1963-2003)

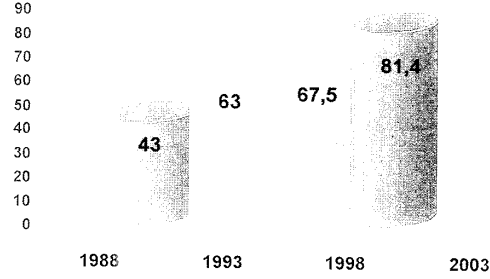
Geçmişte çok yüksek olan bebek ve çocuk ölüm hızlarında çarpıcı düşüşler görülmekle birlikte, bu hızlar hala



yüksektir. 1960 lı yıllarda bin canlı doğumda 200 ün üzerinde olan Bebek ölüm hızı 2003 TNSA'ya göre yüz bin canlı doğumda 29'a düşmüştür. Sosyo ekonomik nedenler, annenin doğumdaki yaşının genç olması, çocuğun yüksek doğum sırası, kısa doğum aralığı ve doğumda düşük ağırlığa sahip olma bebek ölümlerinin temel nedenleri arasındadır. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı ise 1993'te binde 61'den binde 37'ye düşmüştür. Türkiye'de bebek ve çocuk sağlığında görülen ilerlemeler dikkat çekici olmakla birlikte, her yıl meydana gelen gebeliklerin 1,3 milyonu canlı doğum, 400 binin üzerinde ise düşük ya da ölü doğumla sonuçlanmaktadır. Canlı doğanlarda yeni doğan ölümleri de çok fazladır bu durum, ölü doğumlarla da birleştirildiğinde, Türkiye'de anne ve çocuk sağlığının çok daha fazla iyileştirilmesine gereksinim olduğuna işaret etmektedir. Bebek ve çocuk ölümlerinde bölgesel farklılıklar da çok belirgindir (2,2,8,11).

Yıllara göre DÖB alanların oranında önemli bir artış olmuştur. 1993 yılında DÖB alanların payı, %63 iken , 2003

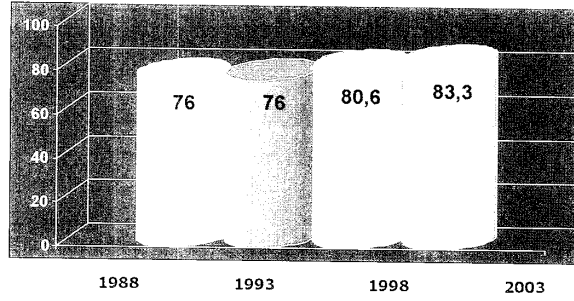
### Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Alanlar Giderek Artmaktadır



yılında %81'e yükselmiştir (2,8).

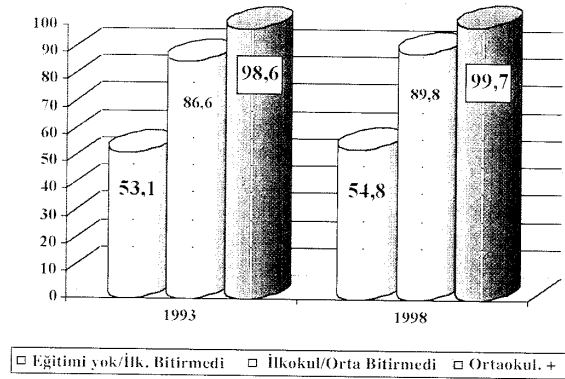
Sağlıklı koşullarda yapılan doğum sıklığında da artış meydana gelmiş olup, 1993 yılında sağlıklı koşullarda doğum

### Türkiye'de Sağlıklı Koşullarda Yapılan Doğumlar Giderek Artmaktadır



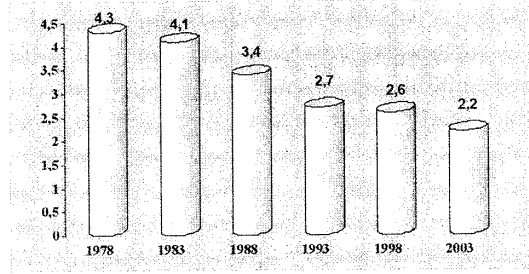
yapanların payı %76 iken bu oran 2003 yılında %83'e yükselmiştir (2,8).

Türkiye'de kadının eğitim düzeyine göre sağlık personeli yardımı ile doğum yapma durumu



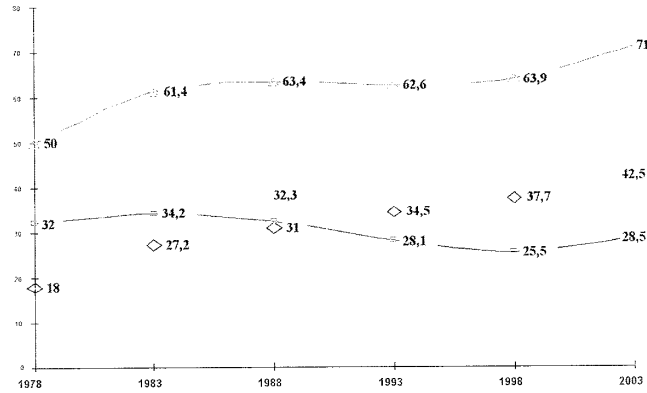
Obstetrik hizmetlerden yararlanmada, kadının eğitim düzeyi son derece önemli bir faktördür. Kadının eğitim düzeyi arttıkça diğer bir ifade ile statüsü yükseldikçe sağlık hizmetlerinden yararlanması da artmaktadır (2,8,11).

### Türkiye’de Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı



Türkiyede, doğurganlıkla ilgili hızlarda yıllara göre çok belirgin azalmalar meydana gelmiş olup, 1978’ de 4.33 olan Toplam Doğurganlık Hızı (TDH), 1988’ de 3.02, 1993’ de 2.65, 1998’ de 2.61 ve en son 2003 araştırma sonucuna göre 2.23’ e düşmüştür. Bu azalma, izlenen stratejilerin doğruluğunu ve yürütülen aile planlaması programlarının başarısını göstermektedir (1,2)

### Türkiye’de Aile Planlaması uygulamaları 1978-2003



Kaynak: TNSA, 1978, 1983, 1988, 1993, 1998, 2003.

Türkiye’nin izlediği nüfus politikaları pek çok ülkeye örnek olacak niteliktedir. Bilindiği gibi Türkiye ilk kez 1965 yılında kabul ettiği 557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun” ile , antinatalist bir nüfus politikası izlemeye başlamıştır. Daha sonra bu yasa, 1983 yılında kabul edilen ve dünyadaki pek çok benzerinden daha liberal ve kapsamlı olan ayrıca, kadın ve erkeği son derece eşit gören hatta istenmeyen gebelik durumunda kadının türeme hakkını hiçbir ön koşul olmaksızın kullandıran 2827 sayılı “ Nüfus Planlaması Yasası” ile değiştirilmiştir. Bu yasa ile sertifikalandırılmış ebe ve hemşirelere etkili kontraseptiflerin uygulanmasında , sertifikalı pratisyen hekimlere ise gebeliği sonlandırmada

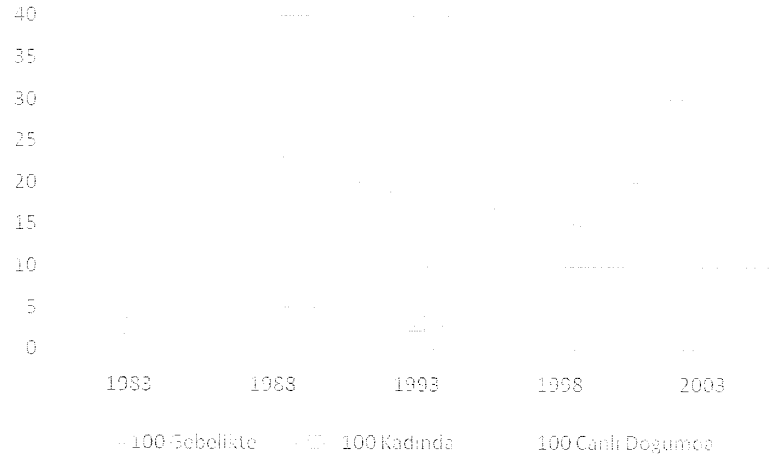
yetki verilmiştir. Bu yasa ayrıca kadın ve erkekte cerrahi kontraseptif yöntemleri de yasallaştırmıştır. Bu yasanın olumlu etkileri izleyen yıllarda çok açık olarak görülmüş ve etkili kontraseptif yöntem kullanımı 1993 yılında ilk kez geleneksel yöntemleri aşmış, aile planlamasında karşılanamayan gereksinim giderek azalmaya başlamıştır. 10 haftaya dek isteyerek düşüklerin yasallaşmasına rağmen, ülkede uygulanan doğru hizmet modeli nedeni ile isteyerek düşük hızları da 1990lardan sonra giderek azalmıştır. Diğer taraftan AP yöntemleri, evli kadınların ve erkeklerin tamamına yakını tarafından bilinmektedir. Ülkede mevcut kontraseptif seçeneklerin artırılması, implant ve enjeksiyon şeklindeki yöntemlerin ulusal programa eklenmiş olması da olumlu uygulamalardan olup, AP hizmeti vermede danışmanlık hizmetlerine özel bir ağırlık verilmektedir (1.2.3.6).

**Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı 1963-2003) ( 15-49 yaş evli kadınlarda % )**

Yöntem	1963	1978	1983	1988	1993	1998	2003
Herhangibir KS Yöntem	22.0	50.0	61.5	63.4	62.6	63.9	71.0
RİA	0.0	4.0	8.9	17.1	18.8	19.8	20.2
Hap	1.0	8.0	9.0	7.6	4.9	4.4	4.7
Kondom	4.3	4.0	4.9	8.9	6.6	8.2	10.8
Tüp Ligasyonu	0.0	0.0	0.1	2.2	2.9	4.2	5.8
Geri Çekme	10.4	22.0	31.1	31.0	26.2	24.4	26.4
Diğer	12.0	12.1	8.6	10.2	3.2	2.8	4.1
Toplam Etkili Yöntem	5.3	18.0	27.2	32.3	34.5	37.7	42.5
Toplam Geleneksel Yöntem	22.4	32.0	34.2	31.0	28.1	25.5	28.5
100 gebelik için abortus	7.6	16.8	19.0	23.6	18.0	14.5	11.3

Kaynak: Ulusal Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

**Türkiye’de yıllara göre isteyerek düşük hız ve oranları (araştırma tarihinden önceki bir yıl içerisinde), Türkiye 1983 – 1998**



## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Türkiye’de aile planlamasında izlenen bilinçli politikalar sonucu kontraseptif uygulamalarında bir azalma meydana gelmemiş aksine yasayı izleyen 5 yılda RİA kullanımı ikiye katlanmış, isteyerek düşükler ise 1990 lardan sonra giderek azalmıştır.Örneğin 1988 de 100 gebelikte 23.6 olan isteyerek düşükler, 2003 TNSA sonuçlarına göre 11.3 e düşmüştür

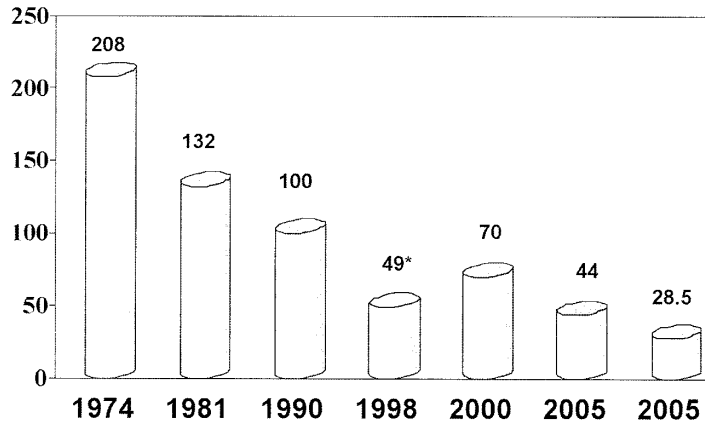
### Türkiye’de Yıllara Göre İsteyerek Düşükler (Araştırma Tarihinden Önceki Yıl İçerisinde,1983–2003 ) İsteyerek Düşükler

TNSA	100 Gebelikte	100 Kadında	100 Canlı Doğumda
1983	12.1	2.8	15.4
1988	23.6	5.5	35.1
1993	18.0	3.1	26.0
1998	15.7	2.5	20.9
2003	11.3	-	13.9

Kaynak: TNSA, 1983, 1988, 1993, 1998, 2003

Türkiye’de 1983 yılı öncesi , isteyerek düşüklere, sadece tıbbi endikasyonla izin veriliyordu ve bu dönemde isteyerek düşüklerin anne ölümleri içindeki payı ciddi boyutlarda idi. Bu nedenle, 1983 yılında 10 hafta dahil istenmeyen gebeliklerin istek üzerine sonlandırılmasına yasal olarak izin verilmiştir. Bu tarihten sonra gözlenen iki olay kadın sağlığı yönünden çok önemlidir, bunlardan birincisi, isteyerek düşükler Türkiye’de artık anne ölüm nedeni olarak ya hiç görülmemekte ya da çok ender olarak meydana gelmektedir.Diğer bir husus ise, isteyerek düşüklere hala çok sık başvurulmaktadır. İsteyerek düşüklerde mevcut olan hizmet açığını karşılamak hem de cerrahi müdahalelerin olası risklerini elimine etmek amacı ile “Tıbbi Düşük” yönteminin ülkede uygulanabilir olması için gerekli çalışmalar, çok merkezli olarak sürdürülmektedir (1,2,3).

### Türkiye’de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (Yüzbin Canlı Doğumda)





Türkiye’de gebelik ve doğum nedeni ile meydana gelen Anne ölümleri, yıllara göre önemli ölçüde azalmıştır. 1974 yılında yüzbin canlı doğumda 208 olan “Gebelikle ilgili Ölüm Oranı, 1981’de 132’ye düşmüş, 1997’de Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın, DSÖ, UNFPA ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD işbirliği ile seçilmiş 53 ilin doğum yapılan bütün hastanelerinde gerçekleştirdiği “ Anne Ölüm Nedenleri Araştırması” sonuçlarına göre sözü edilen oran yüzbin canlı doğumda 49.2 olarak tesbit edilmiş olup, anne ölümlerinin kadın ölümleri içindeki payı %5.1 dir. Bu sonuçlar bile anne ölümlerinin boyutunun kabul edilemez düzeyde yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu araştırmanın diğer önemli bulguları; anne ölümlerinin %58’i mevcut koşullarda, %23’ü ise daha ileri koşullarda önlenabilir olarak değerlendirilmiştir. Aynı araştırmanın bir diğer önemli sonucu; Türkiye’de anne ölümlerinin %25’inin temelinde, aile planlaması hizmetleri ile önlenebilecek riskli gebeliklerin yer aldığı, %18’inde ise Temel Sağlık Hizmetlerinin ülke gerçeklerine göre düzenlenmesi ile kolayca önlenebilecek hizmet eksikliğinin neden olduğudur (2.9.10) .

Dünya Sağlık Örgütü’nün Türkiye için hesapladığı Anne Ölüm Oranı 2000 yılı için yüzbin canlı doğumda 70, 2005 yılı için 44 dür (12.13).

En son 2005 yılında yürütülen “Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında” ise Anne Ölüm Oranı yüz bin canlı doğumda 28.5 , gebeliğe bağlı ölüm oranı ise 100.000 CD da 38.3 olarak tespit edilmiştir (14). Her ne kadar bu sayılar gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında hala yüksek olsa da , 1970 lerden bu yana Türkiyede anne ölümlerindeki azalan trendi göstermektedir.

Türkiye’de, Üreme Sağlığı ile ilgili olarak; 1994 yılında Kahire’ de gerçekleştirilen “Ulusal arası Kalkınma ve Nüfus Konferansı”nda da (ICPD) vurgulanan yaklaşımlar benimsenmiş olup, ülkedeki geleneksel “ Ana Çocuk Sağlığı” yaklaşımı daha kapsamlı , kadın ve erkeği, yaşam döngüsü yaklaşımı ile ele alan, hizmet tür ve miktarını gereksinimlere göre düzenleyen programlar geliştirilmeye başlamıştır. Bu bağlamda İlk kez 1996 yılında ICPD paralelinde hazırlanması tamamlanmış olan “ Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması - Ulusal Stratejik Eylem Planı”, gelişmeler ve gereksinimler doğrultusunda 2005 yılında “ Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı” şeklinde güncellenmiş olup , plan Türkiye’nin 2005- 2015 yılları arasındaki hedeflerini, önceliklerini ve yapılması gerekenleri ortaya koymaktadır (15). Bu stratejik plan Türkiye’nin, anne ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gençlerin sağlığının iyileştirilmesi , Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların önlenmesi ve sağlıkta bölgelerarası eşitsizliklerin azaltılması gibi öncelikli alanları belirlenmiş olup, bunlara ilişkin somut hedef ve eylemleri de tanımlamaktadır.

Türkiye’de, doğurganlık davranışlarında, sağlık hizmetlerinin kullanımında , bölgelere, yerleşim yerinin özelliğine göre çok belirgin farklılıklar mevcuttur. Bu farklılığı yaratan en temel faktör ise kadının toplumsal statüsünün düzeyidir. Ülke düzeyinde yapılan araştırmaların ileri analizlerine göre, okuma yazma bilmeyen kadınlar, hangi bölgede yaşarlarsa yaşasınlar istediklerinin en az iki katı sayıda çocuğa sahip olmaktadırlar. Kadının yalnızca okuma yazma bilmesi bile istediği sayıda çocuğa sahip olmasını sağlamaktadır .

Benzer şekilde, 1993 ve 1998 ve 2003 TNSA’ larına göre, orta okul ve üzerinde öğrenimi olan kadınların sağlıklı koşullarda doğum yapmaları % 99 iken okur yazar olmayan 2 kadından biri sağlıklı koşullarda doğum yapmaktadır. Bu örnekler bile kadının öğrenim düzeyinin yüksek olmasının hizmetlerden yararlanmada ne kadar önemli bir faktör olduğunu açık olarak göstermektedir. Kadının eğitilmesi, güçlendirilmesi özetle toplumsal statüsünün yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, doğurganlığını daha iyi kontrol etmesini bu konularda söz sahibi olmasını sağlayarak, sağlığını olumlu etkilemektedir. Bu bağlamda Cumhuriyet döneminde alınan mesafeler son derece büyüktür; Cumhuriyet öncesi dönemde Türkiye’deki kadınlar,Tanzimat ve II.Meşrutiyet dönemlerdeki bütün çabalara girişimlere rağmen ne yasalar karşısında ne de sosyal platformlarda eşit olmayan, 2. sınıf bir birey kabul edilen, örtülü, bazen cariye, yada evdeki birkaç eşten biri, genellikle doğurganlığı ile önemsenen, okuryazarlığı % 10 lardan da az olan bir bireydi (!). Yani Cumhuriyet dönemi Türkiye’deki bütün herkes için çok önemlidir ama özellikle “kadınlar” yönünden daha da önemli olmuştur (4).

Sonuç olarak Türkiye’de mevcut temel sağlık ve üreme sağlığı göstergeleri, geçmişten günümüze ciddi mesafelerin alındığını göstermektedir.Bu göstergelerin iyileşmesinde kuşkusuz ülkenin genel gelişmişlik düzeyindeki iyileşmeler de

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

etkili olmuştur ancak Temel Sağlık Hizmetlerinin ülkenin en ücre yörelerine kadar götürülmesini sağlayan 224 sayılı yasanın öngördüğü uygulamaların etkisinin de asla gözardı edilmemesi gerekir.

Türkiye pek çok alanda Cumhuriyetle elde ettiği kazanımları korumalı ve yakaladığı, daha sonra da devam ettirdiği ivmeyi mutlaka sürdürmelidir. Bu bağlamda pek çok yazımda vurguladığım gibi, Türkiye'yi yakın gelecekte 2 tehlike beklemektedir; Bunlardan birincisi, son yıllarda sağlık hizmetlerini bir ekip hizmeti olmaktan çıkaran, sağlık hizmetini "hastalık" la başlatan, teknoloji ve ilaç tüketimini artırması kaçınılmaz olan . doğuştan sahip olunan bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerini, devletten özel sektöre devreden "sağlıkta dönüşüm- aile hekimliği sistemi"nin Türkiye'de hiçbir ön değerlendirme yapılmaksızın giderek yaygınlaştırılmasıdır.

Diğer tehlike ise belki de birinciden daha fazla ciddiye alınması gereken bir durumdur.Şöyle ki; Yukarıda bilimsel verilerle açıklandığı gibi, kadın, toplumsal statüsü nün yüksekliği ölçüsünde sağlıklı olmakta ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

Türkiye'de kadının birey olarak görünür hale gelmesi, yasalar önünde eşitlik, sosyal yaşama girme ve temsil edilebilme, eğitim, sağlık, seçme seçilme gibi "insan haklarının" verilmesi ve bu hakları kullanabilmesi, Türkiye'deki pek çok konuda olduğu gibi büyük ATATÜRK'ün önderliği ile başlatılmış ve özellikle onun döneminde devrim yasaları ve hizmetlerin düzenlenmesi ile büyük mesafeler alınmıştır. Sağlanan yasal ve sosyal haklar zemininde, daha sonra ki dönemlerde de olumlu çalışmalar sürdürülmüştür.

Ne yazık ki ülkemizde, son dönemlerde kadınları farklı bir kalıba koyma çabalarının hız kazandığını biz sağlıkçılar üzülerek ve ibretle izlemekteyiz. Kadınlar, Cumhuriyetin ilanı ile birlikte elde ettikleri hakları, ki bu hakların çoğu çağdaş uygarlık düzeyindeki ülkelerdeki kadınlardan çok daha önce elde edilmiştir, kaybetmekle karşı karşıyadırlar ve ne yazık ki bu tür çabalara kadınlar da alet edilmektedir. Bilimsellikten ve iyi niyetten uzak, ayrımcı yaklaşımlar kadının ve buna bağlı olarak tüm toplumun gelişmesi ve kalkınması önünde ciddi ve aşılması güç engeller olarak karşımıza bu gün de çıkmaktadır ancak gelecekte daha fazla sorun olması kaçınılmazdır.

İnsan topluluğunun kadın ve erkekten oluştuğunu ve bunlardan birinin ilerletilip diğerinin ihmal edildiği durumda toplumsal ilerlemenin gerçekleşmeyeceğini belirten Ulu Önder Atatürk, Türk kadını milletvekili seçme ve seçilme hakkını kazandığında "Çarşaf içinde, peçe altında ve kafes arkasındaki Türk kadını artık tarihlere aramak lazım gelecektir" demiştir. "Kadınlık meselesinde dış görünüş ve kıyafet ikinci derecededir. Asıl mücadele alanı, kadınlarımız için görünüş ve kıyafette başarıdan daha çok, asıl başarılı olunması gereken alan ışıkla, kültürle, gerçek faziletle süslenmek ve donanmaktır. Ben saygıdeğer hanımlarımızın Avrupa kadınlarından daha aşağıda kalmayacak, tersine pek çok yönlerde onların üstüne çıkacak ışık ve kültürle donanacaklarına kesinlikle kuşku duymayan ve buna kesinlikle emin olanlardım." sözü ile de Türk kadınlarına olan güvenini vurgulamakla kalmamış hepimize de büyük sorumluluklar yüklemiştir.

Türkiye , bütün alanlarda olduğu gibi Sağlık alanında da Cumhuriyet dönemindeki kazanımlarına o dönemin başlangıcındaki ilkelerine ve değerlerine de sahip çıkarak yenilerini eklemek durumundadır.

### Kaynaklar

1. Akın, A. "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", *The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde*, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A., *The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102.*
2. "Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler", Ed.Akın A.,TC.Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayın,Afşaroğlu Matbaası, Ankara 2008.
3. Fişek N.,H.: "Halk Sağlığına Giriş",Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No:2 Çağ matbaası, Ankara 1983
4. Kurmaz, Ş.: "Cumhuriyet öncesinde Türk Kadını-(1839-1923)"*Araştırma-İnceleme Dizisi*, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları: 2422 İstanbul,1992
5. "1923-1981 Cumhuriyet Döneminde İstatistiklerle Türkiye" Türkiye Ticaret Odaları,Sanayi Odaları ve Ticaret Birliği Yayını-Ankara1981
6. Aydın E.: "Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi". *Naturel Kitap Yayıncılık* . Ankara 2002.
7. "İstatistiklerle Kadın, 1927-1990 –Women in Statistics" TC.Başbakanlık Devlet İstatistik EnstitüsüYayıntı No: 1520 Ankara 1992.

8. "Türkiye'de Ana Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri ve Düşükler" (1998 TASA'sı İleri analiz raporu) Editör: Akın, A., H.Ü. Halk Sağlığı Anabilim dalı TAPAV, UNFPA Yayını, Ankara 2002
9. Akın, A., "Türkiye'de Anne Ölümleri" Toplum ve Hekim Mecmuası No. 42, pp. 5-15 Türk Tabipleri Birliği (TTB) Yayını Ankara, Mar. 1987.
10. Akın, A., B. Gücüz Doğan, Mihçioakur, S.: "Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması" Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü (Çözölmüş Rapor), Ankara, 2000
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 HÜNEE, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara Türkiye, Ankara 2004
12. "WHO, Maternal Mortality in 2000" Estimates developed by WHO/UNICEF and UNFPA, Department of RHR of the WHO, Geneva:Publication of the WHO, p:21, 2004.
13. "WHO, Maternal Mortality in 2005" Estimates developed by WHO/UNICEF and UNFPA, Department of RHR of the WHO, Geneva:Publication of the WHO, p:32, 2007.
14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON Institute Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara
15. "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Seköürü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-20015" TC Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü ve UNFPA yayını , Ankara 2005

## TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇ: BOYUTU, NEDENLERİ VE SAĞLIK

**Prof. Dr. Sabahat TEZCAN**

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi

**Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL**

Uzman Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

Türkiye'de iç göç ile ilişkili çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada Türkiye'de iç göç ile ilgili yapılmış çalışmalardan elde edilmiş sonuçlarla konunun boyutu, nedenleri ve sağlıkla ilişkisi incelenmiştir.

### I. Göçün Tanımı

Göç, bireylerin, ailelerin yaşadıkları yerden herhangi bir nedenle ayrılarak başka bir yerleşim biriminde yaşamalarını sürdürmeleridir. Göç, genel olarak iç göç (ülke içi) ve dış göç (ülkeler arası) olarak tanımlanmaktadır.

Tarih boyunca çok önemli bir toplumsal olgu olan göç, toplumların sosyal, kültürel, ekonomik, politik biçimlenmelerini doğrudan etkileyen temel öğelerden birisi olarak kabul edilmektedir. Türkiye'nin sanayileşme ve tarımda makineleşme sürecinden kaynaklanan sosyoekonomik yapısındaki önemli gelişmeler, 1950'lerden itibaren iç göç ve 1960 yılının ortalarından sonra da dış göçe neden olmuştur.

Türkiye'de 1950'li yıllardan bu yana Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 1995-2000 döneminde her 100 kişiden 11'i yerleşim yerleri arasında, sekizi ise iller arasında göç etmiş, bu dönemde bir önceki döneme göre göç eden nüfusta önemli bir değişiklik gözlenmemekle birlikte, göç eden nüfus büyüklüğü son 25 yılda yaklaşık iki kat artmıştır. Türkiye'de özellikle metropollere yönelen ve aşırı ölçüde nüfus artışına yol açan iç göç, bu merkezlerde işsizlik, yerleşim, konut, çevre, altyapı, ulaşım, eğitim ve güvenlik sorunları ile birlikte sağlık sorunlarına da yol açmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye'de iç göç konusunun boyutu, nedenleri ve sağlıkla ilişkisi 2005 yılında DPT koordinatörlüğünde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Türkiye Göç Araştırması (TGA), 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) nüfus sayımlarından yararlanarak yaptığı tahminlerin verileri ve konuyla ilgili bazı yerel araştırmaların bulgularından örnekler verilerek incelenmiştir.

### II. Türkiye Göç Araştırması'nın Metodolojisi ve Bazı Bulguları

#### 1. Metodoloji:

Türkiye Göç Araştırması'nın temel amacı, Türkiye'de iç göçün boyutunu, nedenlerini ve gelecekteki göç eğilimini saptamaktır. Çalışmanın içeriği, göç edenlerin demografik ve sosyoekonomik özelliklerini, göçün nedenlerini, göçün yöneldiği yerleri saptamaya yönelik bilgileri içerecek biçimde planlanmıştır.

Araştırma, daha önce bu alanda yapılmış araştırmalardan farklı olarak Türkiye'yi temsil eden nitelikte bir araştırma tasarımı sahiptir. Araştırma kapsamında yer alan hanelerin hepsi ziyaret edilmiş ve Hanehalkı Soru Kağıdı kullanılarak bu hanelerde bulunan kişilerin tümü hakkında bilgi toplanmıştır. Kişi Soru Kağıdı kullanılarak her hanede 18-69 yaşlarında, biri erkek ve diğeri kadın olmak üzere en fazla iki kişi ile görüşülmüştür. Hanede kişi görüşmeleri için seçim yapılırken literatürde "Kish" yöntemi denilen metod kullanılmış ve hane içinde görüşülecek kişilerin tesadüfi ve yansız olarak seçilmesi sağlanmıştır.

Araştırmanın evreni, Türkiye 3 ana tabakaya bölünerek oluşturulmuştur. Birinci tabaka iç göçün en yoğun yaşandığı 14 ilin oluşturduğu "göç veren iller" tabakası, ikincisi ise bu göçlerin en fazla yoğunlaştığı 10 il olan "yoğun göç alan iller" tabakasıdır. Üçüncü ve son tabaka ise ilk iki tabaka dışında kalan 57 ilden oluşmaktadır.

Araştırmayı destekleyen ve koordinatör kuruluş Devlet Planlama Teşkilatı, yürüten kuruluş ise Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'dür.

Araştırmada örneklenen hane sayısı 5734, görüşülen hane sayısı 5009 (%87.4) ve görüşülen kişi sayısı 3047 erkek ve 4269 kadın olmak üzere toplam 7316'dır.

## 2. Hanehalkı Nüfusunun Bazı Özellikleri

Araştırmada 14 ilde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı (% 4.5) diğer ana-tabakalara göre daha düşüktür. Onbeş yaşın altındaki nüfusun payı ise 14 ilde (% 42.9) diğer ana-tabakalardan daha yüksektir. Ortanca yaş, göç veren 14 ilde 17, göç alan 10 ilde 27 ve diğer 57 ilde ise 29 yıldır.

En çok göç veren 14 ildeki hanehalkı nüfusunun %53.2'sinin okuryazar olmadığı ya da ilkokulu bitirmediği, %24.0'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. En çok göç veren 14 ilde hanehalkının %32.3'ünün herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı, %40.3'ünün ise Yeşil Kartı'nın olduğu belirlenmiştir. Bu 14 ilde ortalama hanehalkı büyüklüğü 6.24 iken, en çok göç alan 10 ilde bu sayı 3.82'dir.

## 3. Hanehalkı Nüfusunun Göç Özellikleri

Araştırmaya katılan hanehalkı nüfusundan doğduğu yerden başka yerde yaşayan (yaşam boyu göç eden) nüfusun Türkiye genelinde %48.9 olduğu, kentte aynı nüfusun %56.7, köyde ise %27.6 olduğu saptanmıştır. En çok göç veren illerde göç etmiş nüfus %38.6, en çok göç alan 10 ilde ise %55.2'dir. Göç etmiş nüfusun %54.2'si erkek, %45.8'i kadındır. Yaşam boyu göç eden nüfusun %70.1'i 45-54, %66.4'ü 35-44 ve %61.2'si 25-34 yaş grubundadır. Yaşam boyu göçün yönü değerlendirildiğinde: yaşam boyu göç eden nüfusun %27.8'inin en çok göç veren 14 ilden en çok göç alan 10 ile göç ettiği saptanmıştır. Kentte yaşayanların %56.4'ü, kırsal alanda yaşayanların ise %45.7'si yaşamının herhangi bir döneminde göç etmiştir. Göçün yönü değerlendirildiğinde, %45.7'sinin kırdan kente, %39.4'ünün kentten kente, %8.6'sının kırdan kıra ve %4.1'inin kentten kıra doğru olduğu belirlenmiştir.

## 4. İç Göçün Nedenleri:

Araştırmada, Türkiye'de iç göçün nedenleri beş ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar:

1. Ekonomik nedenler (İş aramak, Gelir yetersizliği, İş olanağının olmaması, Birikim yapmak, Daha iyi yaşam seviyesine ulaşmak)
2. Bireysel nedenler (Evlilik, Eğitim, Tayin/İş değişikliği, Emeklilik)
3. Ailevi nedenler (Ebeveynin yanına gitmek, Eşin yanına gitmek, Ebeveynin/eşin tayini, iş değişikliği, Ebeveynin göç etmesi)
4. Güvenlik nedenleri (Can-mal güvenliğine ilişkin kaygı, Yerleşim yerinin boşaltılması, Terör nedeniyle yaşanan baskılar)
5. Diğer (Çevresel-doğal afetler, İskan Kanunu uygulamaları, Kan davası, töre, namus konuları nedeniyle, Sağlık nedenleri)

Araştırmada en sık göç nedeninin ailevi nedenler olduğu (%43.5), bunu sırasıyla bireysel (%31.0), ekonomik (%18.0), güvenlik (%3.3) ve diğer nedenlerin (%3.8) izlediği saptanmıştır.

Kentten kente olan göçlerde erkeklerin %36.1'inin, kadınların %50.1'inin ailevi nedenlerle göç ettiği, kentten kıra olan göçlerde erkeklerin %29.9'unun ailevi, kadınların %49.1'inin bireysel nedenlerle göç ettiği belirlenmiştir. Kırdan kente olan göçlerde erkeklerin %39.3'ünün ekonomik, kadınların %53.7'sinin ailevi nedenlerle göç ettiği, kırdan kıra olan göçlerde ise erkeklerin %47.1'inin, kadınların %53.7'sinin ailevi nedenlerle göç ettiği saptanmıştır.

## III. İç Göçün Demografik ve Sağlık Boyutu

İç göçün yol açtığı birçok sorun olduğu bilinmektedir. Özellikle metropollere yönelen ve nüfus birikimine yol açan

göçün, bu merkezlerde işsizlik, yerleşim, konut, çevre, altyapı, ulaşım, eğitim ve güvenlik sorunları ile birlikte sağlık sorunlarına neden olduğu kabul edilmektedir. Göçün yol açtığı bu sorunlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

Sorun alanları	Göçün neden olduğu durumlar
Sosyal-Ekonomik Sorunlar	Nüfus yapısının genç, yaş dağılımının düzensiz olması Öğrenim düzeyinin düşük olması Nitelikli işgücünün yetersiz olması İşsizlik düzeyinin yükselmesi Gelir dağılımının düzensiz olması Sosyal dayanışmanın az olması Ailelerin kalabalıklaşması, barınma sorunlarının ortaya çıkması Şiddet ve suç oranlarında artma Sağlık ve eğitim hizmetlerinde yetersizlikler görülmesi
Çevre Sorunları	Konut kalitesinin düşük olması, gecekondulaşmanın artması Temiz su sağlanmasının yetersiz olması Atık (sıvı, katı) kontrolünün zorlaşması, yapılamaması Ulaşım sorunlarının ortaya çıkması Konut yerleşimlerinin düzensiz olması, sel baskınlarının görülmesi Yeşil alanların, dinlenme alanlarının olmaması, yetersizliği
Sağlık sorunları Ana-Çocuk Sağlığı Sorunları	Doğurganlık düzeyinin yükselmesi Düşüklerin fazla, aile planlaması yöntem kullanımını düşük olması Doğum öncesi bakımın yetersiz olması Çocuk ölümlerinin yüksek olması
Bulaşıcı hastalıklar	Solunum ve sindirim sistemi yolu ile bulaşan enfeksiyonlar, paraziter hastalıklarda artış
Beslenme Sorunları	Çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin artması Yetişkinlerde şişmanlığın artması
Kazalar	Özellikle ev kazalarında artma
Ruhsal Sorunlar	Kadına/çocuklara yönelik aile içi şiddet, Depresyon, anksiyete gibi nevrozlar
Sağlığı Olumsuz Etkileyen Davranışlar	Sigara kullanımının artması, sağlıksız beslenme Fizik aktivitenin azalması, diğer olumsuz alışkanlıklar

#### IV. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (2003) Göre Göç ve Ana-Çocuk Sağlığı

TNSA 2003 sonuçlarına göre; kırdan kente göç eden annelerin %60,5'inin ilköğretim 1. kademeyi bitirdiği, %31,0'inin ise eğitiminin olmadığı ya da ilkokulu bitirmediği saptanmıştır. Kırsal bölgede yaşayan annelerin %54,2'sinin ilköğretim 1. kademeyi bitirdiği, %39,9'unun ise eğitiminin olmadığı ya da ilkokulu bitirmediği saptanmıştır.

Kırdan kente göç eden annelerin %79,6'sının çalışmadığı, %18,0'inin ise sigortasız bir işte çalıştığı belirlenmiştir.

Aynı değerler kırsal bölge için sırasıyla %42.6 ve %56.8 olarak bulunmuştur. Kentten kıra göç eden annelerin %4.9'unun ve kırdan kente göç edenlerin %3.5'inin ilk doğum yaşı 20'nin altındadır. Kentten kıra göç eden annelerin %12.0'sinin ve kırdan kente göç edenlerin %9.6'sının ilk doğum yaşı 35'in üstündedir. Kırdan kente göç eden annelerin %24.4'ünün, kentten kıra göç edenlerin ise %25.6'sının sahip olduğu çocuk sayısı dört ve daha fazladır. Kırdan kente göç eden annelerin %20.9'unun, kentten kıra göç edenlerin %18.6'sının, kırsal bölgedeki annelerin ise %24.5'inin önceki doğum aralığı 18 aydan daha azdır.

TNSA 2003 Araştırması ileri analizlerinde erken çocukluk dönemi ölüm hızları, göç durumuna göre değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelere göre:

Neonatal ölüm hızı, kentten kıra göç edenlerde %15.6, kırdan kente göç edip 5 yıldan daha az süredir kentte yaşayanlarda %15.1 iken 5 yıldan daha fazladır kentte yaşayanlarda %22.4'dür.

Postneonatal ölüm hızı, kentten kıra göç edenlerde %4.8, kırdan kente göç edip 5 yıldan daha az süredir kentte yaşayanlarda %21.3 iken 5 yıldan daha fazladır kentte yaşayanlarda %4.2'dir.

Bebek ölüm hızı, kentten kıra göç edenlerde %20.5, kırdan kente göç edip 5 yıldan daha az süredir kentte yaşayanlarda %36.3 iken 5 yıldan daha fazladır kentte yaşayanlarda %26.6'dır.

Çocuk ölüm hızı, kentten kıra göç edenlerde %2.0, kırdan kente göç edip 5 yıldan daha az süredir kentte yaşayanlarda %11.0 iken 5 yıldan daha fazladır kentte yaşayanlarda %10.1'dir.

Beş yaş altı ölüm hızı, kentten kıra göç edenlerde %22.4, kırdan kente göç edip 5 yıldan daha az süredir kentte yaşayanlarda %46.9 iken 5 yıldan daha fazladır kentte yaşayanlarda %36.4'dür.

Kırdan kente göç edip 5 yıldan daha az süredir kentte yaşayanlarda: neonatal ölüm göreceli riskinin, kentte yaşayanlara göre 1.21 kat, postneonatal ölüm göreceli riskinin 2.73 kat, bebek ölüm göreceli riskinin 1.79 kat, çocuk ölüm göreceli riskinin 2.70 kat ve beş yaş altı ölüm göreceli riskinin 1.93 kat fazla olduğu saptanmıştır.

#### V. Bazı Yerel Araştırmalardan Örnekler: Ahatlı, Mamak

1. Antalya İl Merkezi'ndeki Bir Gecekondu Yerleşiminde Yeni ve Eski Gecekondu Mahallelerinde Toplumun Demografik Yapısı ve Doğurganlık Düzeyi, Ahatlı, Antalya

1989 yılında yürütülen araştırmada biri henüz oluşmakta olan, diğeri ise daha önceki yıllarda oluşmuş iki gecekondu alanında toplumun demografik yapısı ve doğurganlık düzeyi incelenmiştir. Eski gecekondu bölgesinde yaşayan doğurgan çağ kadınların %24.4'ünün, yeni gecekondu bölgesinde yaşayanların ise %36.0'sının okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Eski gecekondu bölgesinde yaşayan doğurgan çağ kadınların %27.1'inin, yeni gecekondu bölgesinde yaşayanların ise %39.0'unun akraba evliliği yaptığı saptanmıştır. Eski gecekondu bölgesinde yaşayan doğurgan çağ kadınların %8.9'unun, yeni gecekondu bölgesinde yaşayanların ise %17.0'sinin 15 yaş altında olduğu belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yeni gecekondu bölgesinde yaşayanların aile planlaması yöntemi kullanmama düzeyi (%54.0), eski gecekondu bölgesinde yaşayanlara (%35.5) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur ( $p < 0.0001$ ). Yeni gecekondu bölgesinde Kaba Doğum Hızı, Genel Doğurganlık Hızı ve Çocuk/Kadın Oranı; eski gecekondu bölgesine göre daha yüksek bulunmuştur. Eski gecekondu bölgesinde isteyerek düşük oranı, yeni gecekondu bölgesine göre daha yüksektir. Yeni gecekondu bölgesinde evde kendi kendine doğumlar daha yüksektir.

2. Ankara Mamak'ta Dört Gecekondu Mahallesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi, Mamak, Ankara

Çalışmada 1994 yılında Ankara'da dört gecekondu mahallesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların doğurganlık davranışları ve bu davranışların bazı faktörlerle ilişkisi incelenmiştir. Doğurganlık davranışlarının göç ile olası ilişkisi bu yaş grubundaki kadınlar dört ana gruba bölünerek incelenmiştir: Ankara'da doğup, Ankara'da evlenen, kırsalda doğup Ankara'da evlenen, kırsalda evlenip doğurganlığı Ankara'da başlayan ve doğurganlığı kırsalda başlayan. Araştırmada kadınların yaşayan çocuk sayıları, yaptıkları düşük sayısı, isteyerek düşük yapma durumları, gebeliklerinin

sonlanış biçimi, sayıları, etkili aile planlaması yöntemi kullanma durumları değerlendirilmiştir.

Ankara'da doğup evlenen kadınların %9,2'sinin, kırsalda doğup Ankara'da evlenenlerin %8,8'inin çocuk sayısı dört üstünde iken, kırsalda evlenip doğurganlığı Ankara'da başlayanların %23,7'si ve doğurganlığı kırsalda başlayanların %31,5'inin çocuk sayısı dört ve üstüdür.

Ankara'da doğup evlenen kadınların %28,4'ünün, kırsalda doğup Ankara'da evlenenlerin %37,5'inin en az bir isteyerek düşüğü bulunmakta iken, doğurganlığı kırsalda başlayanların %48,0'inin en az bir isteyerek düşüğü bulunmaktadır.

Ankara'da doğup evlenen kadınların %9,2'sinin, kırsalda doğup Ankara'da evlenenlerin %8,8'inin çocuk sayısı dört üstünde iken, kırsalda evlenip doğurganlığı Ankara'da başlayanların %23,7'si ve doğurganlığı kırsalda başlayanların %31,5'inin çocuk sayısı dört ve üstüdür.

Ankara'da evli geçen süre arttıkça kadınların isteyerek düşük yapma sıklığının da arttığı belirlenmiştir. Ankara'da evli geçirdikleri süre 2-5 yıl olan kadınların %22,7'sinin en az bir isteyerek düşüğü varken evli geçirdikleri süre 16 yıl ve daha fazla olan kadınların %56,7'sinin en az bir isteyerek düşük yaptığı saptanmıştır.

Ankara'da evli geçen süre arttıkça kadınların etkili aile planlaması kullanma sıklığının da arttığı belirlenmiştir. Ankara'da evli geçirdikleri süre 2-5 yıl olan kadınların %24,5'i etkili bir aile planlaması yöntemi kullanırken, evli geçirdikleri süre 16 yıl ve daha fazla olan kadınların %45,6'sı etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır.

### **Sonuç**

Türkiye'de özellikle son yıllarda kırdan kente, doğudan batıya giderek artan boyutlarda ve genellikle ekonomik nedenlere bağlı bir göç hareketi vardır. Göç eden toplum büyük kentleri çevreleyen bölgelerde yerleşerek gecekondulaşma sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gecekondu toplumunun bireyleri başlangıçta kırdan taşıdıkları bazı özellikleri sürdürmeye çalışmakta, bazıları zaman içinde özellikle ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ile ilgili bilgi ve tutumlarını değiştirmeye başlamaktadır. Gecekondu yaşamı, altyapı, konut koşullarının gelişmesi, çalışma yaşamına girmenin artması ile yerleşik bir hal almakta ve bu yerleşikliğin artmasıyla sağlık, ekonomik ve sosyal yönden genellikle olumlu yönde değişmektedir.

Göç edenlerde genellikle eğitim düzeyi daha düşük, akraba evliliği, işsizlik ve sosyal güvenceden yoksunluk daha fazla olmaktadır. Erkekler genellikle ekonomik nedenlerle, kadınlar ise bireysel nedenlerle göç etmektedir. Göç edenlerde göçe bağlı sosyal, ekonomik, çevre ve sağlık sorunları sık görülmektedir. Göç edenlerde sağlık göstergeleri, özellikle bebek, çocuk ve kadın sağlığı göstergeleri kent kökenlilere göre daha olumsuzdur.

Göç, demografinin en önemli bileşenlerinden birisidir. Ancak bu konuda veri eksikliği bulunmakta ve bu nedenle de politika önerileri geliştirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Göçler, nedenleri ve neden olduğu sorunlarla ilgili araştırma sayısı sınırlıdır, kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Çok faktörlü bir sorun olan göç sorununun çözümü de çok aşamalı ve çok yönlü olmalıdır. Merkezi yönetim, ilgili bakanlıklar, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları göç ve göçün yarattığı sorunların çözümünde birlikte çalışmalıdır. Bu sorunların çözümü, işbirliğini, iyi planlamayı, etkin uygulamayı, sağlıklı değerlendirmeyi ve gerekli değişimleri dikkate alan, sürdürülebilir programlarla mümkün kılınmalıdır.



## OKUL SAğLIğI

**Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal pediatri Bilim Dalı

Okul Sağlığı, hizmetleri: öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır. Okul dönemi 5 yaşında okul öncesi sınıflardan öğrenciliğin bitimine dek olan süreyi kapsamaktadır.

2000 yılı nüfus sayımı verilerine göre ülkemizin 5-19 yaş nüfusu 20 milyonu aşmaktadır ve bu yaş grubu toplam nüfusun yaklaşık yüzde 30,7'sini oluşturmaktadır. Türkiye'de okul öncesi hazırlık, ilköğretim ve lise düzeyinde 16 milyonu aşkın öğrenciye 500 binden fazla öğretmen tarafından 60 bini aşan okulda eğitim ve öğretim hizmeti verilmektedir. Okullardaki öğrenci, öğretmen ve çalışan kişi sayıları dikkate alınacak olursa, nüfusumuzun en az beşte biri okullarla doğrudan etkileşim içindedir(1). Bu büyük grubu bir arada tutan onların eğitimlerinden, barınma ve refahından sorumlu olan Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde hem öğrencilere hem de çalışanlara sağlık hizmeti götürmektedir.

Öğrencilere götürülen hizmetler akut bir hastalık ya da yaralanma olduğunda verilen ilk yardım ve ayaktan tedavinin yanısıra, öğrencilerin sağlık durumlarının özellikle öğrenmeyi engelleyici ya da büyüme ve gelişme sürecini etkileyebilen durumlar açısından değerlendirilmesi, gerekli düzeltmelerin yapılması, gibi bireysel sağlıkları ile ilgili olanların yanısıra okul çevresinin sağlıklı olması, bir arada yaşamının getirdiği bulaşıcı hastalık olasılıklarının değerlendirilmesi ve önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi açısından spor ve beden eğitiminin desteklenmesi, okulda sağlık eğitiminin verilmesi gibi toplumsal hizmetleri kapsamaktadır.

Okul öğrenci ve çalışanlarının günün yaklaşık üçte birini geçirdikleri yerdir. Sağlık açısından fiziksel ve duygusal risklerle bu ortamda karşılaşabilirler ve okuldan ya da okul dışından edindikleri sorunlara okul içinde çözüm bulmaları gerekebilir. Bu çözümler için büyük okullarda hekim, hemşire bazen diş hekimi ve diyetisyenden oluşan okul sağlığı ekibi ile yanıt vermeye çalışılır. Görece küçük, kırsal bölgelerdeki okullarda ise hizmetler var olan sağlık kurumlarınca yürütülür. Okulda sıklıkla gelişebilen acil sorunlar için ilk yardım gereçlerinin hazır bulundurulması ilk girişimleri kimin nasıl yapacağı belli zaman aralıkları ile gözden geçirilerek bilgilerin tazelenmesi hizmetin niteliğinin yüksek olması için şarttır(2).

Okul çocuklar ve gençler için zorlayıcı pek çok etmeni barındıran evleri ve aileleri dışındaki ilk toplumsal kurumdur. Okullarda bulunan rehber öğretmenler sağlıklı olmayıp, temelde eğitimci olan, öğrencilerle birlikte yaşayan ve onları sürekli gözlemleyebilme olanağı olan, özellikle ruhsal ve toplumsal sorunlarda okul sağlığı ekibine en büyük katkıyı yapan bir meslek grubudur.

Okul çocukları genelde bedenseel yönden sağlıklıdır ancak öğrenme süreci ve kalabalık gruplar halinde bir arada bulunmak onlara sağlık açısından risk getirebilir. Bu risklerin ve sonuçlarının erken tanınıp ortadan kaldırılmaları için belirli aralıklarla taramaların yapılması gerekecektir. Bunların başında işitme, görme, diş hastalıkları ve ruhsal yönden uyum: konusundaki taramalar gelir(3) Ancak bu taramalar kadar hatta daha önemli olan saptanan bozuklukların düzeltilene ya da rehabilite edilene dek izlenmesidir yoksa yapılan iş bir takım sorunların kayda geçirilmesi düzeyinde kalabilir. İzleme sürecine özellikle okul hemşireleri ve öğretmenler rol alırlar.

Okul sağlığı kapsamında söz edilmesi gereken önemli sorunlardan biri öğrencilerin sigara ve bağımlılık yapan madde kullanmalarıdır. Ögel ve arkadaşlarının (2001). Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden seçilen dokuz ilden (İstanbul, İzmir, Sivas, Diyarbakır, Adana, Mersin, Trabzon, Eskişehir, Kocaeli) toplam 11 989 ilköğretim öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmalarında alkol kullanma %15,4, uçucu ve uyuşturucu

madde kullanma %1,7' oranında gözlenmiştir. Ortaöğretim (n=12270) öğrencileri arasında yaşamı boyunca alkol kullanımı %45,0, esrar kullanımı %4,0, uçuşu madde kullanımı %5,1 ve eroin ve ekstazi kullanım yaygınlığı %2,5'dir. En az bir kez tütün kullanma oranı %16,1, 12 270 yaşamı boyunca en az bir kez tütün kullanımı %55,9 bulunmuştur(4). Bu maddeleri kullanmaya başlayan öğrencilerin erken saptanması ve bilimsel yöntemlerle alışkanlıktan vazgeçirme programlarının izlenmesi gereklidir. Okul çevresinin denetlenmesi ve okul çalışanlarının olumlu örnek oluşturmaları başta gelen koruyucu yöntemlerdir.

Okul çağının diğer önemli sorunu da okulda şiddettir. TBMM tarafından yapılan bir araştırmaya göre gençlerin %15,8'i cinsel şiddet ile karşılaştığını, %11,7'si ise cinsel şiddet uyguladığını, %22'si fiziksel şiddet ile karşılaştığını, %35,5'i ise fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir(5). İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada okulda şiddet uygulamanın sigara içme, alkol kullanma, TV izleme süresi, bilgisayar oyunlarına ayrılan zaman gibi etmenlerle arttığını göstermiştir(6). Bu sorunun çözümü hem öğrencilere hem öğretmen ve okul çalışanlarına çatışma çözümü ve iletişim becerileri konusunda eğitim yapılması, öğrencilerin spor, sanat gibi etkinliklere yönlendirilmesi ve okul içi güvenliğinin sağlanmasından geçmektedir(7).

Nitelikli okul sağlığı hizmetleri öğrencilerin sağlık durumlarını iyileştirmenin yanı sıra öğrenim başarılarını arttırmakla gelecek için iyi bir yatırım olmaktadır(8)

### Kaynaklar

- 1) TC Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Okul Sağlığı Kitabı 2007
- 2) Olimpia RP, Wan E, Avner JR. The preparedness of schools to respond to emergencies in children: a national survey of school nurses *Pediatrics*. 2005 Dec;116(6):e738-45
- 3) Ethan D, Basch CE Promoting healthy vision in students: progress and challenges in policy, programs, and research *J Sch Health*. 2008 78(8):411-6
- 4) Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamara, M, Tot Ş, Doğan O, Uğuz Ş, Yenilmez Ç, Bilici M, Liman O. "Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı" *Türk Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2):112-118
- 5) T.B.M.M. Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu. Türkiye'de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde Şiddet ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Saptanması (Şubat 2007).
- 6) Alikasifoğlu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*. 2007 Dec;166(12):1253-60. Epub 2007 Feb 2
- 7) Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce WT School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Sep;63(9):1035-41
- 8) Murray NG, Low BJ, Hollis C, Cross AW, Davis SM Coordinated school health programs and academic achievement: a systematic review of the literature *J Sch Health*. 2007 Nov;77(9):589-600

## TÜRKİYE'DE İŞ-İŞÇİ SAĞLIĞININ DURUMU

**Prof. Dr. A. Gürhan FİŞEK**

- Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fak. İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Genel Yönetmeni

### HUKUKSAL ALT YAPININ GELİŞİMİ

İş sağlığı güvenliği uygulamaları Türkiye'nin tarihi kadar eskidir. Türkiye'nin Osmanlı İmparatorluğu ile yollarını ayırması 23 Nisan 1920 tarihine dayanır. İlk parlamento bu tarihte toplanmıştır. Ve hemen iki ay sonra üç numaralı yasayla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Bu "ulusal kurtuluş savaşı"ni veren ve bugünkü Türkiye'yi kuranların, insana verdiği önemin çok önemli bir kanıtıdır. İşçilerin sağlığını ilgilendiren ilk yasa ise hemen bir yıl sonra, Türkiye'nin en büyük kömür havzasında çalışan yeraltı maden işçilerine yönelik olarak çıkarılmıştır. Bu yasa, ülkemizdeki ilk sınırlı iş yasası ve ilk sosyal güvenlik uygulamasıdır.

Sağlık Bakanlığı özellikle, Cumhuriyet'in ilk 50 yılında Türkiye'nin en güçlü Bakanlıklarından biri olmuştur. İlk iş yasasının kabul edilmesinin 1936. Çalışma Bakanlığı'nın kuruluşunun 1946 yılı olduğu düşünülürse, aradaki boşluk Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaları ile doldurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle 1930 yılında çıkarılan Genel Sağlığı Koruma Yasası (No.1593), "işçilerin sağlığını koruma" başlığı altında bir çok önemli hüküm getirmiştir. Çocuk işçilerin çalıştırılmasında en düşük yaş, kadınların hamilelik dönemi izinleri ve işyerlerinde işyeri hekimi bulundurulması gibi hükümleri, Türkiye'nin hukuk sisteminde 60 yıldan fazla etkili olmuştur.

İş sağlığı güvenliği alanındaki ve tüm işçileri ilgilendiren tüzük ve yönetmelikleri, 1940 yılından başlayarak görmekteyiz. Zaman zaman yenilenmekle birlikte, Türkiye'nin iş sağlığı güvenliği alanındaki mevzuatının temeli bu yıllarda atılmıştır. Bu yapı oldukça güçlü ve iyi örülmüş bir yapıdır. Hiç kuşkusuz, Türkiye'nin iş sağlığı güvenliği mevzuatının büyük ölçüde yeterli olduğunu öne sürerken, şu özdeyiş unutulmamalıdır: "İyi yasa kötü yöneticilerin elinde kötü; kötü yasa iyi yöneticilerin elinde iyi sonuçlar getirir".

### EN İYİ UYGULAMALAR

En iyi uygulamaların yaygınlaştırılmaması üzerinde odaklanmak istiyorum. Türkiye'de iş sağlığı güvenliği ile ilgili bir çok "en iyi uygulama" ortaya konulmuştur. Türkiye'de iş sağlığı güvenliği alanında bir çok model çalışma ve uygulama yapılmıştır. Bunları tek tek anımsatmak istiyorum.

- İşyeri hekimlikleri ve İşletme Hastaneleri
- TTB İşçi Sağlığı Kongreleri ve TTB İş Hekimliği Sertifika Programı
- Fişek Enstitüsü : Küçük işyerleri için Ortak Sağlık Güvenlik Birimi
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi
- İSGÜM
- Meslek hastahkları hastaneleri
- SSK Tıp Kongreleri ve SSK Tıp Akademisi
- İş Teftişi
- TESK : IDDG uygulaması

Bunların başında işyeri hekimliği uygulaması gelmektedir. Bu uygulama 1930 yılında başlatılmıştır. O tarihlerde Türkiye'nin en önemli sağlık sorunu bulaşıcı hastahklardı. Tüm sağlık örgütlenmesi başta verem, sıtma, trahom ve frengi olmak üzere bu hastahklarla savaşa yönlendirilmişti. İşyerlerindeki sağlık güvenlik uygulamalarının ise, işveren yükümlülüğü olmasından hareketle, 50 ve daha çok işçi çalıştıran işyerlerinde "işyeri hekimliği" ve 500'den fazla işçi

çalıştıran işyerlerinde ise “işletme hastanesi” uygulaması başlatılmıştı. Bu büyük işyerlerinin hemen tümü, o tarihlerde, kamu işyerleriydi.

İşyeri hekimliği uygulaması bugün de vardır. Yine 1930 yılında getirilen alt sınıra uyulmaktadır. 50 ve daha çok işçi çalıştıran işyerlerinde “işyeri hekimi” ve buna ek olarak “iş güvenliği uzmanı” çalıştırılmalıdır. Ama ülkemizde bu sınırın altında kalan küçük işyerlerinin, bütüne oranı %98'dir; tüm işçilerin ise %58'i küçük işyerlerinde çalışmaktadır.

Bu noktada uygulamanın iki zaafı saptanmıştır:

1. Bunlardan birincisi, işyeri hekimi bulundurmamakla yükümlü olan işyerlerinin, yasalara uymaması ve uysa da yeterli bilgi ve deneyimle donanmış hekim bulamamalarıdır. 1987 yılında Türk Tabipleri Birliği, bunu meslek ahlak ilkeleri açısından ele almıştır. Bu tarihte, üniversitelerdeki lisans üstü “iş sağlığı” eğitiminden geçen yalnızca iki kişi bulunmaktaydı. Bu sınırlı kapasite ile ülkenin gereksinmesi olan 8800 işyeri hekimini eğitmeye olanak yoktu. Türk Tabipleri Birliği, hem “sertifika programları” düzenleyerek ve hem de uygulamada bu sertifikaları zorunlu kılarak, işyeri hekimliği alanında çok etkili ve ufuk açıcı bir program ortaya koymuştur. Bugüne değin sertifika programlarından geçen hekim sayısı 40.000'dir. Ama bunlardan 5.000'i işyeri hekimliği yapmaktadır; hem eğitimin sürekliliğinin kesintiye uğraması dolayısıyla ve hem de “işyerlerinde hizmet için yeterli süre” ayrılmadığı için işyeri hekimlerinin başarıları sınırlı olmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2003 yılındaki müdahalelerinden sonra, hem varolan program kesintiye uğramış ve hem de yerine başka bir uygulama konulamamıştır.

2. İşyeri hekimliği uygulamasının ikinci zaafı, elliden az işçi çalıştıran işyerlerinde, “ortaklaşa” sağlık-güvenlik uygulamalarını, gönüllülüğe bırakmış olması ve buna girişmek için, hiçbir kolaylık getirmemiş olmasıdır. 1982 yılında bir sivil toplum örgütü olan Fişek Enstitüsü, küçük sanayi sitelerindeki işyerlerinin, gönüllü olarak güçlerini birleştirmeleri ve “işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı” hizmetlerinden yararlanmaları için bir uygulama başlatmıştır. Bugün de gelişerek sürmekte olan bu uygulama, yürüyen klinikler, yürüyen röntgen araçları ve yürüyen odyometri araçları ile desteklenmekte ve yılda 700 işyerine ulaşmaktadır. Ancak etki alanı Ankara'daki 3 sanayi sitesi ile sınırlı kalmıştır. İstanbul, İzmir ve Denizli'de yine Fişek Enstitüsü'nce uygulama merkezleri kurulmuşsa da, sürdürülebilirliği sağlanamamıştır. Aynı biçimde, Fişek Enstitüsü'nün, küçük işyerlerine yönelik İzmir'de başlattığı Yürüyen Dış Kliniği uygulaması da sürdürülebilirliğini sağlayamamıştır.

Bir başka en iyi uygulama örneği olan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili Yasa, 1961 yılı başında çıkarılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından, ülkenin doğusundan başlatılarak, 1983 yılına kadar tamamlanan bir program doğrultusunda, ülkede ilk kez birer toplum hekimliği uygulama birimi olan “sağlık ocak”ları kurulmuştur. Sağlık ocaklarında, sağlıkçıların bir ekip halinde, başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere, tümelci bir anlayışla hizmet vermesi öngörülmüştü. Bu yasa hala geçerliliğini korumakla birlikte, son dönemde, hizmet “aile hekimliği” adı altında özelleştirilmek ve yine özel hastanelerle hastalananların tedavi hizmetini öne çıkaran bir hizmet felsefesi egemen kılınmak üzeredir.

Genel sağlık sorunlarının çözümünü hedefleyen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi'nin yanında, özel olarak işyerlerinden kaynaklanan sağlık sorunlarını saptama, önleme ve gerekirse tedavi etmek üzere, iki model önerisi ortaya konulmuştur :

Bunlardan ilki, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olarak ILO desteğiyle kurulan İşçi Sağlığı İş Güvenliği Enstitüsü'dür (İSGÜM). Bu merkezde, laboratuvarlar oluşturulmuş ve araştırma olanakları sağlanmıştır. 1968 yılında kurulan ve 1980 yılına kadar olumlu çalışmaları görülmüştür. Ancak yaygınlaştırılmasında sınırlılıklar görülen uygulama, 1980'den sonra bir duraklama içerisine girmiştir. Ancak 2001 yılından sonra AB desteğiyle yeniden diriltilmeye çalışılmaktadır.

Bunlardan ikincisi, Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde 1976 yılında kurulan Meslek Hastalıkları Hastaneleri'dir. Ülkede meslek hastalıklarına tanı koyacak laboratuvar-hastanelerin olmayışı dolayısıyla, bu hastalıkların gözden kaçırılmasını önlemek için, gezici-tarama ekiplerini de içerecek biçimde bir yapı oluşturulmuştur. Meslek hastalıklarının tanı-tedavisini üstlenen ve Ankara, İstanbul, Zonguldak'ta oluşturulan hastaneler, en parlak dönemlerini 1976-1980 yılları arasında yaşamış; sonra hızlı bir düşüş ile diğer SSK hastanelerinin içerisindeki bir birime

indirgenmişlerdir. 2003 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinden sonra ise iyice silinmişlerdir. Şu anda ülkemizde meslek hastalıklarının büyük bölümünün gözden kaçırılmasının temelinde, bu "ihtisas" hastanelerinin bulunmaması yatmaktadır.

Bu zaaf, tüm doktorların meslek hastalıklarını kolayca teşhis edebilmeleri ve laboratuvarların da gerekli incelemeleri yapacak bilgi-donanıma sahip olmaları ile giderilebilirdi. 1979 yılına kadar SSK Tıp Kongreleri ile yürütülen bu çaba, bu tarihte bir SSK Tıp Akademisi bünyesi içinde yoğunlaştırılmak istenmiştir. Kurumun gereksinime duyduğu bilgi-deneyimle donatılmış tıp personeli yetiştirmek için tasarlanan SSK Tıp Akademisi, Kurum Yönetim Kurulu'ndan karar çıkmış olmasına karşı, nedense kurulamamıştır.

Bugün Türkiye'de iş sağlığı güvenliği mevzuatının uygulanmasında en etkin kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın iş teftiş örgütüdür. 1936 yılında İktisat Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan, 1946 yılında Çalışma Bakanlığı'nın kurulmasıyla, bu bakanlığın bünyesine geçen iş teftiş çalışmaları, 1979 yılında tek bir örgüt çatısı altında (sosyal, teknik müfettişler birlikte) birleştirilmiştir. Türkiye'nin iş sağlığı güvenliği insangücünün çok büyük bir bölümü bu kaynaktan yetişmiştir. Türkiye'de, işyerlerinde, iş sağlığı güvenliği alanında mevzuatın uygulanması da tek başına bu örgütün eseridir. Ancak, kendi verdikleri bilgiye göre, iş teftiş örgütü, bir yıl içerisinde tüm işyerlerinin ancak % 4'ünü denetleyebilmektedir. İş Teftiş Kurulu, bir devlet kurumu olup, kendisinin dışında hiçbir kurumla işbirliği yapmamaktadır. 1992 yılından beri, ILO ve AB fonlarından yararlanarak, iş müfettişlerinin eğitimini artırıcı bir çok proje yapılmıştır.

Son olarak değinmek istediğim, çok değer verdiğimiz bir başka denetim uygulaması ise, TESK tarafından yürütülen IDDG uygulamasıdır. Esnaf ve küçük sanatkarın özellikle mesleki eğitim boyutuyla kendi kendini denetlemesi temelinde kurulan bu uygulama, hükümet dışı bir mekanizma oluşturması yönünden çok anlamlıdır. Ama bu uygulama da, TESK bünyesi içinde sınırlı kalmakta ve etkisi denetçi konumundaki "küçük esnaf ve sanatkarların" iş sağlığı güvenliği alanındaki bilgi-deneyimleriyle sınırlı kalmaktadır.

Bir çok ilkleri ve özgünlükleri içeren bu uygulamaların, dikkat edilirse, tümü, bunu başlatan kurumlarla sınırlı kalmıştır. Gerek bu kurumdan, gerekse diğer ilgili kurumlardan kaynaklanabilen nedenlerle, destek görmemiş ve dar kalıpları içerisinde kalmışlardır. Bir kısmı hala uygulayıcı kurumların çabaları ile sürdürülmektedir. Ama gelişme hızları yavaş ve dönüştürme güçleri yetersizdir.

## DURUM

Bu kadar ilgili kuruluş, bu kadar çok model çalışma ve iyi bir mevzuata karşın Türkiye'de iş sağlığı güvenliğinin düzeyi yüz güldürücü değildir.

• Bu yıl içerisinde, İstanbul / Davutpaşa'da beş katlı bir iş merkezinde meydana gelen patlamada 23 kişi öldü. Bunlardan üçü, ilk patlama sonrası, olayı merak edip seyretmeye gelenlerdi.

• İstanbul/Tuzla Tersaneler bölgesinde son bir yıl içinde ölen işçilerin sayısı 90'ı buldu.

Türkiye'nin iş sağlığı güvenliği düzeyini açıklarken, sizlere SSK istatistiklerinden örnekler vermek istiyorum. SSK istatistikleri, ülkemizde, kayıt dışı çalışmanın çok fazla olması dolayısıyla, verilen rakamları en düşük değerler olarak görmek gerekmektedir. Yine de bizler için bir yol gösterici olmaktadır.

• 2006 SSK İstatistikleri bize şunları gösteriyor :

\* Bir yıldaki toplam iş kazası sayısı : 79.027 . Bunun %90.6 'sı üç günden fazla işgöremezliğe neden olmuş.

\* İş kazasına uğrayan işçilerin % 59.8'i üç ay ile 5 yıl arasında kazaya uğradığı işyerinde çalışmış.

\* İş kazalarının üçte ikisinin küçük işyerlerinde (50'den az işçi çalıştıran) meydana gelmektedir.

• Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2005 - 2008 eylem planında, iş kazalarının %20 azaltılacağı öngörülmüştü. Bakanlık, kendisi için belirlediği gibi iş kazalarını düşürmek bir yana, 2005 yılındaki düzeyini de koruyamamıştır.

\* 2005'ten 2006'ya yaş-ış kazasına uğrama ilişkisi :

14 yaş ve altı %38,7

15-17 yaş arası % 146,5 artmıştır.

\* 2005'ten 2006'ya kazaların ağırlığı da artmıştır. Sürekli işgöremezliklerdeki artış:

Kısmi (%10-39) ..... % 37,0

Tam (%40- . ) ..... % 42,8

Toplam'da ..... % 38,3 artış vardır.

\* 2002'den 2006'ya ölümlerde de artış vardır :

2002'ye göre ..... % 82,56

2003'e göre ..... % 96,54

2004'e göre ..... % 89,30

2005'e göre ..... % 48,51 artış var.

\* SSK istatistiklerine baktığımız zaman, 2006 yılında, makinelerin neden olduğu kazaların sayısının 9533 olduğunu görürüz. Bu rakam, tüm kazalar içerisinde yüzde 12,06'lık bir pay tutmaktadır. Demek ki her 10 işçiden biri, makinelerin neden olduğu kazalardan ötürü yaralanıyor ya da ölüyor.

\* SSK iş kazası istatistiklerinde el-kol-omuz yaralanmalarıyla sonuçlanan iş kazaları oldukça fazla olup; 42 697 iş kazası bu şekilde meydana gelmiştir. Yüzdeye vurursak, 2006 yılında meydana gelen tüm iş kazalarının yüzde 54,03'ü el-kol-omuzda yaralanmaya yol açmıştır.

\* En çok görülen iş kazalarından biri düşme biçiminde gerçekleşenlerdir (% 32,4).

\* En çok görülen iş kazalarından biri düşme biçiminde gerçekleşenlerdir (% 32,4). Düşme sonucu olan kazalar bütün kazaların neredeyse üçte biridir.

1. İşçinin düşme

A) Yüksekten düşebilir (% 4,8)

B) Yürürken-koşarken tökezlenebilir,

yuvarlanabilir (% 6,5)

2. Bir cismin ya da malzemenin işçinin üzerine düşmesi

A) Kayan ve çöken toprak, kaya, taş, kar (% 2,4)

B) Çökmeler (bina, duvar, iskele, merdiven vs.) (% 0,4)

C) Taşınan cisimlerin düşmesi (% 11,6).

### DEĞERLENDİRME

Eldeki verilerden de görüldüğü gibi, Türkiye'de mevzuat konusunda yaydığımız iyimser düşünceleri, bunun uygulanması konusunda öne süremiyoruz. Demek ki, Türkiye'de iş sağlığı güvenliğinin önemli çıkmazları vardır.

Bu çıkmazları, 5 başlık altında toplayabiliriz :

1. İnsan odaklı çıkmazlar

2. Bilim ve teknoloji odaklı çıkmazlar

3. Ekonomik çıkmazlar

4. Denetimde çıkmazları
5. Yönetimsel çıkmazlar.

Bunlar içerisinde en önemlisi de yönetimsel çıkmazlardır.

Bu kadar ilgili kuruluş, bu kadar çok model çalışma ve iyi bir mevzuata karşın Türkiye'de iş sağlığı güvenliğinin düzeyinin yetersizliği nasıl açıklanabilir? Bunun tek açıklaması şudur: Kurumsal işbirliğinin gerçekleştirilememiş ve bu alanda özerk, saygın bir "odak kurum" yaratılamamıştır.

O zaman Türkiye'nin önündeki hedefi, devlet-işçi-işveren-üniversite-meslek odaları ve gönüllü kuruluşların eşit düzeyde söz ve karar sahibi oldukları, "özerk ve saygın" bir kurumsal yapının oluşturulmasıdır.

**Özerk ve saygın bir nitelikteki "İş Sağlığı Güvenliği Kurumu"nun ödevleri şöyle tanımlanabilir :**

1. Ülkemizde iş sağlığı güvenliğinin gelişmesi için çok boyutlu yaklaşım ve işbirliklerinin yaşama geçirmek.
2. Sendikalar ve meslek odası üyeleri aracılığıyla, ulusal politikaları etkilemek; ulusal düzey ve işletmeler arasındaki köprüünün kurulmasını sağlamak.
3. Kurumlarca geliştirilen "en iyi uygulama" örneklerinin, ülke çapında ve benzer yapıdaki yabancı ülkelerde yaygınlaştırılması için çalışmalar yapmak.
4. Dünya'daki gelişmeleri izleyerek, ülkemizde de bunların irdelenmesi ve yararlı görülenlerin uygulamaya aktarılması için çalışmak.
5. İş sağlığı güvenliği mevzuatının yaşama geçirilmesi için kurumsal güçlerin birleştirilmesi için yol haritaları çizmek; kurumlararası uzlaşmalar sağlayarak, geçiş süreçlerinin sancısız ve hızla geçilmesinin sağlamak.
6. İşyeri düzeyindeki İş Sağlığı Güvenliği Kurulları'nın işleyişlerini kolaylaştırmak; birbirleriyle ve merkezle iletişimlerini geliştirmek.
7. İşyeri hekimlerinin, iş güvenliği uzmanlarının ve sosyal danışmanların görevlerini etkin yapabilmelerinin ve iş güvencelerinin sağlanmasının koşullarını yaratmak.
8. İş sağlığı güvenliği destek hizmetlerinin, tarafsız ve bilimsel bir kimlik içerisinde gerçekleşmesini sağlamak.

Umarım çıkmazlarımızdan korkmak yerine onların üzerine yürüme cesaretini gösteririz.

## ÇALIŞMA YÖNETİMİNDE ARAŞTIRMA VE EğİTİM

**Dr. Y. Bülent PİYAL**

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

### I. ÇALIŞMA YÖNETİMİ

Uluslararası alışma Örgütü'nün (UÇÖ) 1978 tarihli 150 sayılı Sözleşmesinde ve 158 sayılı Önerisinde, alışma yönetimi "ulusal çalışma politikasını hazırlayan, yürüten, denetleyen, değerlendiren ve bu politikanın eşgüdümünü sağlayan kurumsal yapı" olarak tanımlanmıştır.

Buna göre, çalışma yönetimi: "tutarlı bir ulusal politikayı, eşgüdümünü sağladığı bir sistem aracılığıyla etkili ve verimli bir hizmet üretimine dönüştürmek için kurgulanmış olan ve bu amaçla çalışanların, çalıŐtıranların ve örgütlerinin etkin katılımını, yeterli insan gücü ve maddi kaynak ile bütünleŐtirmesi gereken bir örgüttür".

Bu düzenlemelerde çalışma yönetiminin temel etkinlik alanları dört başlık altında toplanır:

#### Çalışma normları

- Çalışma koşulları;
- Ücretler;
- İstihdam koşulları;
- İş sağlığı ve güvenliği;
- Çalışma ortamı;
- Sosyal güvenlik;
- İş denetimi.

#### İstihdam

- Ulusal istihdam politikası;
- İşsizlik sigortasının düzenlenmesi;
- Mesleki yönlendirme;
- Mesleki eğitim programları;
- İstihdam hizmetleri.

#### Mesleki ilişkiler

- İşverenlere yönelik hizmetler;
- İşçilere yönelik hizmetler;
- Toplu pazarlık;
- Toplu uyuŐmazlıkların çözümlenmesi.

#### Çalışma yaşamı üzerine araştırma ve değerlendirme

- Araştırma;
- Veri, enformasyon ve bilgi toplanması ve dağıtımı;
- Geleceğe ilişkin çözümlenmeler.

### II. ÇALIŞMA YÖNETİMİNDE ARAŞTIRMA VE EğİTİM (A&E)

Çalışma yönetiminin amacı, hızla değişen çalışma yaşamında, bu değişim nedeniyle yaşanan sorunların çözümlenmesi için sorunların saptanmasına, bu sorunları çözmek için politika ve eylem planı üretilmesine, strateji, yöntem ve araç



geliştirmesine ve politika ve eylem planlarının uygulanmasına katkı yapmaktır. Çalışma yönetimi bu amaçlara ulaşmak için sürekli araştırma yapmalı; veri, enformasyon ve bilgi toplamalı, bu veri tabanına dayanarak sorunları saptamalı, sorunları çözmek için öneri hazırlamalı, uygulamaya dönük bilimsel teknik destek sunmalı, sonuçları değerlendirerek, belirlediği yeni hedefler doğrultusunda yürüyüşünü sürdürmelidir.

Bu görevleri alanlarında uzmanlaşmış, politika ve eylem planları hazırlayıp yürütebilen, etkili girişim yöntemleri ve araçları ile donatılmış, ekip çalışmasını bilen, iletişim tekniklerini kullanabilen, katılımı ve uzlaşmayı sağlayabilen, sürekli gelişmeye ve yenilenmeye açık, etkili ve verimli çalışan, dinamik bir çalışma yönetimi başarabilir.

Bugün, çalışma yaşamında sorunlar ve çözümler bilinmekte, ama çözümler uygulanmadığı için sorunlar yönetilememektedir. Bazı sorunlar ekonomik ve teknik nedenlerden çözülüyor olsa da, çoğu sorunda bilgi ve öneri yetersizliği ve çözüm odaklı tutum ve davranış eksikliği önemli çözümsüzlük nedenleridir. Bu nedenle, A&E çalışma yönetiminin hem temel bir etkinliği, hem de diğer alanlarda amaca ulaşmak için kullandığı önemli stratejik araçlarıdır.

Gerçekten, A&E çalışma ilişkilerinin yönetilebilmesi için gerekli olan:

- Veri, enformasyon ve bilgi birikiminin sağlanmasında;
- bu birikim temelinde sorunların saptanmasında;
- bu sorunların çözülmesini amaçlayan politika ve eylem planlarının hazırlanmasında;
- bunları yaşama geçirme yeteneği olan bir örgütsel altyapının kurulmasında;
- sorunların taraflarına çözüm için gerekli bilgi ve öneri sağlanmasında ve
- taraflara çözüm odaklı tutum ve davranış özellikleri kazandırılmasında, belirleyici stratejik araçlardır.

Buna göre, sorun alanlarını bütün boyutlarıyla araştırıp, irdelenecek (bilgi üretimi), sorunları çözmek için araştırma sonuçlarını ilgili taraflar ile paylaşacak (bilgilendirme, duyarlılaştırma) ve önerilerin uygulanmasını sağlayacak tutum ve davranış değişikliğinin başarılmasına katkı yapacak (eğitim ve öğretim) bir kurumsal yapılanma gereklidir. Çalışma yönetiminde bu yapılanmanın karşılığı, yalnızca bu amaca odaklanmış tek kamu kuruluşu olan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi'dir (ÇASGEM).

Bununla birlikte, ÇASGEM çalışma yönetiminin A&E etkinliklerinde tek kuruluş değildir. Amaca ulaşılmasında temel stratejik araçlar olduğu düşünülürken, A&E çalışma yönetiminin temel kurumlarının ( İş Teftiş Kurulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İSGÜM), İş ve İşçi Bulma Kurumu, v.b.) hem kurum içi uygulamalarında ve hem de alana dönük etkinliklerinde temel girişim yöntemlerindedir.

Çalışma yönetimi üçlü yapıya dayanan, çok boyutlu bir alandır. İlk özellik çalışma yönetiminin üretimin sürdürülmesi için ortak hareket etmesi gereken taraflar (devlet, işçi, işveren) ve birbirini dengeleyen hak, görev ve sorumluluklar ulunduğunu; ikinci özellik ise, sorun kaynağı olan ve birbirleriyle etkileşen alanları ulunan çalışma yönetimine bütünsel yaklaşmak gerektiğini ve sorunlar tanımlanırken ve çözüm önerilirken hem tarafların, hem de farklı bilim dallarından gelen uzmanların birlikte ve eşgüdüm içinde çalışmalarını gerektiğini gösterir. Bu kapsamda:

- Çalışanların sağlık ve güvenliğini ve çalışma yetisini korumak için bilimin, teknolojinin ve yasal düzenlemelerin gereklerine uygunluk sağlamak ve bu amaçla A&E etkinlikleri yürütülmesini sağlamak işveren örgütlerinin üyelerine, işverenlerin de çalışanlarına karşı hem görevi ve sorumluluğu, hem de yasal yükümlülüğüdür.

- İşçi sendikaları üyelerinin yasal hak ve görevlerini öğrenmelerini, üretim alanında bilimsel, teknik ve yasal gereklerin yerine getirilmesi için etkili savaşımlar yürütmelerini ve bu gereklere uygun tutum ve davranış sergileyebilmelerini sağlamak için A&E yapmakla ve gelirlerinin bir bölümünü bu etkinliklere ayırmakla yükümlüdürler.

- Üniversiteler çalışma yaşamının sorun alanlarında uygulamaya dönük A&E yapmalı, çalışma yönetiminin farklı basamaklarında ve üretim alanında görev alacak meslek grupları için üretime dönük eğitim etkinlikleri yürütülmesine doğrudan katılmalıdır.

- Meslek örgütleri üretim alanında hizmet üretecek profesyoneller için üretime dönük, temel ve sürekli eğitimlerin planlanmasına ve yürütülmesine doğrudan katılmalıdır.

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Son olarak, kamu kuruluşlarının yanı sıra, çalışma yaşamının sorun alanlarında uzmanlaşmış, bilimsel teknik yeterliliği olan özel kuruluşların da üretim alanının A&E etkinliklerinde görev alabilecekleri, kuruluşların yeterliliğinin ve etkinliklerinin görevli kamu kuruluşu tarafından denetlenmeleri koşuluyla, kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, A&E ÇASGEM ile birlikte ilgili diğer kişi ve kuruluşların ve bu etkinliklerden doğrudan yararlanacak olan sosyal tarafların ortak etkinlikleri olmalıdır. Bu ortaklık tarafların aynı amaç için eklenerek, eşgüdümlü etkinlikler yürütecekleri bir sistemde sağlanacaktır. Bu çalışmada bu sistem araştırma eğitim sistemi (AES) olarak tanımlanmıştır.

ÇASGEM'nin bu sistemdeki görevi sosyal tarafların ve ilgili kişi ve kuruluşların A&E'yi etkili stratejik araçlar olarak kullanabilmeleri için A&E gereksinimlerinin saptanmasına ve karşılanmasına katkı yapmaktır. Bu kapsamda ÇASGEM'nin görevi:

- Araştırma ve eğitim gereksinimlerinin saptanmasına;
- bu gereksinimleri karşılamaya yönelik politika, eylem planı ve stratejilerin belirlenmesine;
- bunları yaşama geçirmek için uygun yönetsel, örgütsel, teknik altyapıların oluşturulmasına;
- amaca uygun araştırma ve eğitim etkinlikleri yürütülmesine;
- yürütülen etkinliklerde işbirliğinin ve eşgüdümün sağlanmasına, katkı yapmaktır.

ÇASGEM bu görevleri yerine getirmek için, siyasal, stratejik, yönetsel, örgütsel, bilimsel ve teknik bir merkez olmayı başarmalı; ekip çalışması alışkanlığı olmayan kişi ve kuruluşları ve çıkarları farklı olan sosyal tarafları ortak amaçlarda uzlaştırabilmeli, bu amaçlar için işbirliği yapmalarını ve eşgüdüm içinde çalışmalarını sağlayabilmelidir.

Bu çalışma sağlık ve güvenliğe odaklandığı için, AES bu alan özelinde tanımlanmıştır. Bu kapsamda, sağlık ve güvenlik eğitimi bireyin temel eğitiminin, lise eğitiminin, mesleki teknik eğitiminin, üniversite eğitiminin, lisansüstü eğitiminin, iş eğitiminin, yani bireyin yaşama ve üretime katılmaya hazırlandığı, ürettiği ve üretim sürecinden ayrıldığı bir sürecin ayrılmaz bir bileşeni olarak ele alınmalıdır. Ayrıca, iş sağlığı ve güvenliğine bütünsel yaklaşım temelinde irdelendiğinde, konunun çalışma yönetiminin yukarıda sıralanan bütün alanlarını konu ile ilgisi ölçüsünde kapsayacak biçimde ele alınması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

### III. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNDE ARAŞTIRMA VE EĞİTİM

#### III.1. ARAŞTIRMA VE EĞİTİM SİSTEMİ TANIMI

AES araştırma ve eğitimi, verili bir çevrede çalışanlar için sağlıklı yaşama ve çalışma koşulları üretilmesine doğrudan ve dolaylı katkı yapmak amacıyla etkili stratejik araçlar olarak kullanması beklenen kişi ve kuruluşlar arasındaki ilişkiler bütünü, olarak tanımlanır.

Bu tanımda bazı kavramlar özellikle açıklanmalıdır:

◦ Verili çevre çalışma ve yaşama koşullarının üretildiği, AES etkili oluncaya kadar sistemden bağımsız ve sisteme rağmen varlığını sürdüreceği olan ve sistemi olumlu ya da olumsuz etkileyebilen hedef çevredir. En küçük ölçekli çevre sorunların üretildiği ve yok edileceği işletmedir. İşletmenin teknik, örgütsel ve insani altyapıları AES'nin etkinlik alanlarıdır. İşkolları, sektörler ve ulusal üretim daha büyük ölçekli çevreleridir.

◦ Sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları kendiliğinden oluşmaz, üretilir. Öyle ise, bu koşullar ilgili bütün kişi ve kuruluşlar ile sosyal tarafların, işbirliği ve eşgüdüm içinde, sürekli ve kararlı katkı yaptıkları bilimsel ve sistematik bir çalışmanın ürünü olmalıdır.

◦ Alan üçlü yapıya dayandığı ve çok boyutlu olduğu için, farklı sosyal tarafların ve meslek dallarının, dolayısıyla farklı kişi ve kuruluşların ortak ilgi ve etkinlik alanıdır.

◦ Bu kişi ve kuruluşlar, alandaki sorunların çözümüne alanın bu özellikleri nedeniyle ancak katkı yapabilir. AES'nin amacı da bu çevrenin araştırma ve eğitim aracılığı ile sağlıklı ve güvenli hale getirilmesine dolaylı ve doğrudan katkı

yapmaktır. Bu katkıda dolaylı katkı ağırlık taşır; çünkü araştırma ve eğitim stratejik araçlardır ve sağlık ve güvenliğe doğru veri tabanı ve doğru tutum ve davranış sağlayarak katkı yapar.

◦ Sağlık ve güvenliği korumak ortak amaç ise, ilgili kişi ve kuruluşlar araştırma ve eğitim için işbirliği içinde ve eşgüdümlü çalışmalıdır. İşbirliği ve eşgüdüm sistemin omurgasıdır.

◦ Bu araçları sağlıklı yaşama ve çalışma koşulları üretmek için stratejik araç olarak kullanan bütün kişi ve kuruluşlar AES'nin farklı görev ve sorumlulukları olan ögeleridir.

Bu kişi ve kuruluşlar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının ilgili birimleri, işçi ve işveren sendikaları, üniversiteler, iş sağlığı ve güvenliği alanında çalışan çeşitli vakıf ve dernekler olarak sıralanabilir.

### III.2. ARAŞTIRMA VE EĞİTİM SİSTEMİNİN BİLEŞENLERİ

AES'nin amacı, çalışanların sağlık ve güvenliğinin korunmasına katkı yapmaktır. Bu sistemin temel unsurları; yani amaçları; bu amaçlara ulaşmak için gerçekleştirilmesi gereken görevler; bu görevleri yapacak insan gücü; kullanılacak araç, gereç ve parasal kaynaklarla, hukuki ve kurumsal altyapı tanımlanmıştır. Buna göre AES sekiz temel unsurdan oluşur:

1. Sistemin öncelikli görevleri.
2. Bu görevleri gerçekleştirmek için kullanılacak yöntemler.
3. Bu görevleri gerçekleştirmek için üretilecek hizmetler.
4. Bu hizmetlerin yürütülmesi için kurulacak hizmet örgütlenmesi.
5. Bu hizmetleri yürütecek personelin özellikleri.
6. Bu hizmetleri yürütecek personelin görev, yetki ve sorumlulukları.
7. Bu hizmetler için sağlanan kaynaklar.
8. Bu hizmetlerin yürütülmesi için diğer sistemlerle ve kurumlarla kurulacak ilişkiler.
9. Sistemin merkezi yönetimle ilişkileri.

Bu unsurlar ülke gerçeklerine ve gereksinimlerine göre belirlendiği için, AES bulunan farklı ülkelerde, özellikleri ve etkililikleri farklı olan özgün sistemler ortaya çıkmıştır.

AES'nde bu unsurlar birbirleriyle ilişkileri temelinde dört başlık altında sınıflandırılır:

- Siyasi kararlar
- Stratejik kararlar
- Yönetimsel kararlar
- Sistem girişimleri

Sistem bileşenleri sistemi oluşturan, siyasi kararlardan başlayarak birbiriyle ilişkili olan ve sistemin işleyişini belirleyen temel unsurlardır. Sistemin her bileşeni sistemin hedefleriyle ve diğer bileşenleriyle uyumlu olmalıdır.

#### Şekil 1: Araştırma ve Eğitim Sisteminin Temel Bileşenleri

##### III.2.1. Siyasi Kararlar

AES siyasi kararlara göre oluşur. Bu kararlar kural koyucunun sistem için öngördüğü öncelikli görevleri belirler ve A&E alanına, alanı tanımlayan yasal düzenlemeler, buna göre yürütülen girişimler ve alınan sonuçlar ile yansır. Sistemin temel unsurları da bu kararlara göre belirlenir.

Sistemin iş sağlığı ve güvenliği alanındaki öncelikli görevi iş sağlığı ve güvenliğinin korunmasına katkı yapmaktır. Bu katkı iki hedefte gerçekleşir: İlki, tarafların A&E'yi sağlık güvenlik sorunlarını anlamakta ve bunların çözümünü amaçlayan önerileri yaşama geçirmekte etkili stratejik araçlar olarak kullanmalarını sağlamaktır. Sistem bu yolla taraflara çözüm için gerekli bilgi ve beceriyi ve doğru tutum ve davranış özelliklerini kazandıracaktır.

### III.2.2. Stratejik Kararlar

AES'nde stratejik kararlar sistemin öncelikli görevlerini yerine getirmek için kullanacağı girişim yöntemlerini, bu amaçla üreteceği hizmetlerin nasıl örgütleneceğini ve katılımını, işbirliğini ve eşgüdümünü sağlayacağı taraflar ile kişi ve kuruluşları tanımlar.

#### a. Girişim Yöntemleri

Uluslararası normlara göre, AES sağlık ve güvenliğinin korunmasına iş sağlığı sisteminin üç girişim yönteminin yaşama geçirilmesine stratejik destek vererek katkı yapar:

- İş sağlığı sisteminin öncelikli görev alanlarında yapılması gerekenleri tanımlayan uluslararası ve ulusal düzenlemelerin gereklerinin yerine getirilmesini sağlamak.
- Sosyal taraflara bu gerekleri yerine getirmeleri için teknik destek, bilgi ve öneri sağlamak;
- İşyerlerinde çalışma ortamının ve koşullarının iyileştirilmesini sağlayacak uygun ve tutarlı siyasaların ve eylem planlarının hazırlanmasına ve yürütülmesine katkıda bulunmak.

**Araştırma:** Üretim alanındaki sağlık ve güvenlik sorunları, gereksinimleri, beklentileri ve öncelikleri konularında doğru ve güvenilir veri, enformasyon ve bilgi üretilmesini ve taraflara gereksinimlere uygun, kolay ulaşılır, kullanılabilir biçimde sunulmasını kapsar.

**Duyarlılaştırma:** Sağlık ve güvenliğinin korunmasına doğrudan veya dolaylı taraf olan kişi ve kuruluşların araştırmaları tanımlanan öncelikli sorunları, bunların niçin öncelikli olduklarını, çözülebileceklerini ve çözüm için katkı yapmaları gerektiğini algılayarak duyarlılaşmalarını veya duyarlılığı hedefe yönlendirerek, etkilileştirmeyi amaçlar.

**Bilgilendirme:** Kuralları ve kuralları uygulamak için gerekli bilgileri aktarmayı amaçlar.

**Eğitim:** Yukarıdaki etkinlikler yalnızca eyleme, yani tutum ve davranış değişikliğine yol açıyorsa etkilidir. Başka bir anlatımla, sağlık ve güvenliği nasıl koruyacağını önen bu konuda bilimsel teknik veriler ile donatılan işverenin çalıştırdığı kişilerin sağlığını koruma yükümlülüğünü içselleştirip, gereğini yerine getirmesi, işçilerin doğru çalışması, sağlık güvenlik çalışanlarının, iş müfettişlerinin görevlerini yapmaları. Kuralların öğretilmesi, kurallara uymak için gerekli bilgi ve öneri desteğinin sağlanması, bu amaçla ilgili taraflarda gerekli tutum ve davranış değişikliğinin sağlanması.

#### b. Hizmet Örgütlenmesi

Hizmet öncelikli görevlere ve girişim yöntemlerine göre örgütlenir. Uluslararası normlara göre, hizmet öncelikli görevlere uygun ve uygulamaya dönük olmalı; ilgili bütün tarafları ve ekonomik etkinlik dallarını öncelikler temelinde, aşamalı olarak kapsamalı ve sürekli ve düzenli yürütülmelidir. Üretimine farklı taraflar katıldığı ve gereksinen her taraf yararlandığı için, hizmet saptanmış ortak politika ve stratejilere uygun öncelikli görevler doğrultusunda yönlendirilmesini sağlayacak bir merkezi yapı tarafından yönetilmelidir.

#### - Görev ile uyumlu

İş sağlığı ve güvenliğinde amaç çalışanların sağlık ve güvenliğinin korunup geliştirilmesidir. Bunun için tehlike ve riskler önlenmeli veya çalışanlar bunlardan korunmalıdır.

Araştırma tehlike ve risklerin saptanmasına, önleme ve koruma için gerekli önlemlerin ve önlem alınıp uygulanmasını sağlayacak tutum ve davranış değişikliklerinin belirlenmesine yönelmelidir. Öyle ise, araştırma üretim alanını, üretimin teknik, örgütsel, insani altyapısını, bu alanda yaşanan sorunları ve çözümlerini ve sorunları çözmek için oluşturulmuş örgütsel ve insani alt yapıyı kapsamalıdır. Bu amaçla, tehlike ve riskler, ölçme ve değerlendirme teknikleri ve etkili önleme ve koruma yöntemleri konularındaki gelişmeler izlenmelidir.

Önleme ve koruma hizmeti üretenlere, bu hizmetlerden yararlanan işverenlere ve işçilere verilecek eğitim var olan tehlike ve risklerin saptanmasına, bunların önlenmesi veya işçilerin bunlardan korunması için uygulanacak önlemlerin belirlenmesi ve uygulanmasına ve amaca ulaşmak için gerekli tutum ve davranış değişikliklerinin gerçekleştirilmesine katkı yapmalıdır.

Eğitim sürecinde, konu, hedef grup ve amaç ne olursa olsun, eğitim iş sağlığı ve güvenliğinin temel ilke ve kurallarının yaşama geçirilmesini sağlamayı hedeflemelidir.

#### **- Uygulamaya dönük**

Sağlık ve güvenliğin korunması için saptanmış tehlike ve riskler karşı önlem alınmalıdır. Bunun için hem hizmeti üretenlerde önleme ve korumayı önceleyen tutum ve davranış kalıpları geliştirilmeli ve bu sayede sağlıklı ve güvenli davranılmalı, hem de, sağlıklı yöntem, teknik, araç, gereç kullanılmalıdır. Öyle ise, önleme ve koruma etkinliklerinin başarıya ulaşması uygulamaya ve uygulamanın gerçekleştirilmesine ve sürdürülmesine bağlıdır. Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde hem araştırma, hem de eğitim tutum ve davranış değiştirmeye ve önlem uygulamaya odaklanmalıdır.

Araştırma önleyici koruyucu uygulamayı kararlaştırmak, başlatmak, gerçekleştirmek ya da değerlendirmek için veri tabanı oluşturmalıdır. İş sağlığı güvenliğinde araştırma üretimin farklı bileşenleri arasındaki ilişkileri tanımladığı ölçüde önleme koruma amaçlı girişime veri sağlar. Araştırma yalnızca durumu tanımlamaya yöneldiği ölçüde bu amaçtan uzaklaşır.

Eğitimin amacı önleyici koruyucu uygulamayı veya tutum davranış değişikliğini yaşama geçirmek olmalıdır. Bu amaçla sağlık güvenlik çalışanlarının eğitiminde kuramsal bilgi uygulamayı desteklediği ölçüde aktarılmalı, eğitimde tehlike ve riskleri saptayıp, uygun korunma yöntemini seçmelerini ve bu yöntemi uygulamalarını, yani koruma öncelikli bir eylem planını hazırlayıp yaşama geçirmelerini sağlayacak bilgi ve beceriler kazandırılmalıdır.

İşveren eğitiminde yükümlülükler, bunları yerine getirilmesini sağlayacak örgütlenme, görevlendirilecek kişiler, bu kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ve nasıl denetlenecekleri, kimler ile işbirliği yapacakları ve hizmet alacakları kişi ve kuruluşlar öğretilmelidir.

İşçilerin eğitiminde işçilere hak ve görevleri, karşılaşmaları olası tehlike ve riskleri doğru algılamaları, bu tehlike ve risklere karşı uygulanabilecek önleme ve koruma yöntemleri, bu yöntemlerin uygulanmasındaki görevleri, önlemlerin alınması için izleyecekleri yol ve yöntemler, işbirliği yapacakları kişi ve kuruluşlar öğretilmeli, eğitim uygulamaya dönük olmalı ve beklenen tutum ve davranış değişikliklerini hem eğitim sırasında hem de işyerinde ve iş başında birebir uygulama ile algılamaları sağlanmalıdır.

#### **- En geniş ölçekli**

A&E'in amacı sağlıklı ve güvenli çalışma kültürü oluşturmaktır. Önleme ve koruma çabaları bu kültür geliştirilebildiği ölçüde amacına ulaşabilir ve kurumsallaşır. Bu nedenle temel eğitimden başlayarak, lise eğitiminde, çıraklık eğitiminde, mesleki teknik eğitimde ve üniversite eğitiminde amaç işgücüne katılmaya hazırlanan kişilerde sağlıklı ve güvenli çalışma kültürü oluşturmaktır. Eğitim sırasında sağlıklı güvenli çalışma kültürü ile tanışmamış işçiler ile eğitimsiz işçilere de bu kültür işyerlerinde kazandırılmalıdır.

Sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışmak ve bu amaçla eğitilmek bugün olduğu gibi yalnızca yasal koruma kapsamındaki kayıtlı işçilerin değil, koruma kapsamına alınmayan kayıt dışı çalışan işçilerin, bağımsız veya kendi

hesabına çalışanların, memurların ve köylülerin de hakkıdır. Yasal koruma kapsamı dışında oldukları ve her türlü korumadan yoksun bırakıldıkları için genellikle sağlıksız ve güvenli koşullarda çalışan bu gruplar için eğitim koruma kapsamında olanlardan daha yakıcı bir gereksinimdir. Bu nedenle, A&E bütün çalışanları kapsamı gereken etkinliklerdir.

Çalışanların sağlık ve güvenliğini korumak için sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları yaratma yükümlülüğü olan işverenlerin bu yükümlülüğün gereğini yerine getirmelerinin ön koşulu sağlık güvenlik kültürü ile donanmış olmalarıdır. Bu nedenle A&E etkinliklerinin öncelikli gruplarından biri de işverenlerdir. Ama bu kültür ile donanmış olsalar bile, işverenler mesleki uzmanlıkları uygun olmadığı için, bu yükümlülüğü kişisel olarak üstlenemezler.

İşverenler bu nedenle sağlık güvenlik alanında uzmanlaşmış sağlık ve güvenlik çalışanlarını işyerlerinde görevlendirirler. Yasal düzenlemelerde işyeri hekimi, işyeri hemşiresi, sağlık memuru ve iş güvenliği uzmanı olarak tanımlanan bu kişilerin mesleki eğitimlerinde yeterli sağlık ve güvenlik eğitimi almadıkları öngörülerek, işe başlamadan önce ve görev yaptıkları sürede uygulamaya dönük bir eğitim almaları sağlanmalıdır.

Ayrıca, ekonominin ve üretim dünyasının katı kurallarına bağımlı bir sağlık ve güvenlik kültürünü her ekonomik bunalımda ekonominin öncelenmesine ve sağlık ve güvenliğin göz ardı edilmesine yol açan girişimlerden korunmanın olanaksız olduğu kabul edilmeli ve toplumun bütün bireylerinin bu kültür ile donatılması amaçlanmalıdır. Öyle ise, toplumun bütünü, en azından duyarlılaştırma düzeyinde, eğitim etkinliklerinin hedefi olmalıdır.

### - Sürekli ve düzenli

Bugün, bilimsel ve teknolojik ilerleme hızlanırken, üretimde hızlı bir değişim yaşanmakta ve yeni teknoloji, teknik, işlem, makine ve maddeler işçiler değişime yeterince hazırlanmadan ve uygun önlemler alınmadan üretime katılmaktadır. Bu süreçte yeni tehlike ve riskler ortaya çıkmakta, var olanlar başkalaşmaktadır. Yeni ölçme ve değerlendirme yöntemleri ve etkili önleme ve koruma araçları geliştirilmesi önleme ve korumada yeni olanaklar yaratırken, bazı yeni risklerin üretimin doğasından kaynaklanması, yani "önlenememesi", doğru tutum ve davranış geliştirmeyi bir koruma yöntemi olarak öne çıkarmaktadır.

Bu değişim işverenlere, işçilere, sağlık ve güvenlik çalışanlarına sürekli, düzenli ve hızlı bilgi aktarmayı ve uygun tutum ve davranış kazandırmayı gerektirmiştir. Süreklilik ve düzenlilik sağlık ve güvenlik kültürünü ve doğru tutum ve davranışları yerleştirmenin de ön koşuludur.

Ayrıca, coğrafi bölgeler ve ekonomik sektörler arasında ve işyerlerinde işgücü hareketliliğinin artmasıyla hızlanan değişim de, sürekli ve düzenli eğitim gereksinimini pekiştirmektedir.

### - Tek merkezli, çok taraflı

Hizmetler ilgili tüm tarafların karar alma, uygulama ve değerlendirme süreçlerine yetki ve sorumlulukları ile bilgi, beceri ve uzmanlıkları ölçüsünde doğrudan katıldıkları bir merkezi yapı tarafından yönetilmelidir. Bu merkezi yapı taraflar arasında ve etkinliklerde işbirliğini ve eşgüdümü sağlamalıdır.

### e. Dış İlişkiler

Uluslararası Çalışma Örgütü normlarına göre AES dış ilişkilerini uluslararası ve ulusal taraflarla sıkı işbirliği temelinde yürütmelidir. AES'nin tanımlanan ulusal tarafları; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve ilgili birimleri, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, işveren sendikaları ve işverenler, işçi ve memur sendikaları ve çalışanlar, Meslek Odaları, TESK, üniversiteler ile iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sivil toplum kuruluşlarıdır.

Uluslararası normlarda ilişkilerin önemle vurgulanma nedeni, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün çalışma yönetiminin her alanında, özellikle de çalışma koşullarının iyileştirilmesinde somut sonuç almak için üçlü yapının kurulmuş olmasını zorunlu ön koşul olarak görmesidir. Sistemin temel görevlerini yerine getirebilmesi, ilgili tarafların ve öncelikle de sistemin aldığı sonuçlardan doğrudan yarar sağlayacak olan işçilerin ve işverenlerin katılımını sağlamasına bağlıdır.

Başta da belirtildiği gibi, ilgili kişi ve kuruluşlar iş sağlığı ve güvenliği araştırma ve eğitimlerinde işbirliği yapmalı ve eşgüdüm içinde çalışmalıdırlar. Gerçekten, iş sağlığı ve güvenliği ortak bir ulusal politikanın ve stratejinin alanıdır. Araştırma bu politika ve stratejiyi belirlemek, eğitim de ilgili tarafları bilgilendirmek ve gereksinilen tutum ve davranış değişikliklerini gerçekleştirmek için yapılır.

Bu etkinlikte görevi araştırma ve eğitim olan kuruluşlar (ÇASGEM, Üniversiteler) ile kuruluş amaçlarını gerçekleştirmek için araştırma ve eğitimi araç olarak kullanması gereken kuruluşlar (işçi ve işveren sendikaları, v.b.) işbirliği yapmalıdır.

Sağlıklı ve güvenli çalışma kültürünün temel eğitimden başlayarak, genel liselerde, meslek liselerinde ve üniversitelerde sürece bir süreçte oluşturulacağı ve bu oluşumun işyerlerinde işverenlerin işletme kurma, işgücünün de üretime katılma aşamalarından başlayarak, üretim sürecinde kurumsallaşacağı düşünüldüğünde, ilgili bütün taraflar ile kişi ve kuruluşların araştırma ve eğitim sürecine katılmaları ve işbirliği yapmaları zorunlu olacaktır.

Öyle ise, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili birimleri ile birlikte, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Üniversiteler, işçi ve işveren sendikaları ve meslek örgütleri araştırma ve eğitim süreçlerine katılmalı ve işbirliği yapmalıdır. Konu iş sağlığı ve güvenliği olduğunda, bu kuruluşlar arasında eşgüdümü sağlama görevi ÇASGEM'ne verilmiştir.

### III.2.3. Yönetmelik Kararlar

Stratejik kararların yaşama geçirilmesi için yönetim düzeyinde hazırlanan ve sistem tarafından yürütülen kararlardır. Bu kararlar üç ana başlık altında incelenebilir:

#### - Atama politikası

Eğitici nitelikleri ve eğiticinin kimler arasından seçileceği atama politikalarının konusudur. Öngörülen eğitici nitelikleri eğitim düzeyine, konusuna ve hedef gruba göre değişir.

Eğitici atanırken, öncelikli görevlere uygun nitelikte ve yeter sayıda kadın ve erkek personel seçilmeli, bir kamu görevini bilimsel teknik gerçeklere uygun olarak yürütecek olan bu personeli siyasi erkin ve çıkarları sıklıkla çatışan sosyal tarafların etkilerinden koruyacak bir yönetsel ve ekonomik bağımsızlık ve özerklik sağlanmalıdır.

Eğiticilere amaca uygun nitelikler kazandırılmalıdır. Sağlık güvenlik eğitiminde amaç önleme ve korumanın yaşama geçirilmesidir. Eğitici önleme ve korumayı bilmelidir, ama bu yeterli değildir. Eğitici amacına ulaşabilmek için üretim alanını ve işçilerin ve işverenlerin tutum ve davranış özelliklerini tanımalıdır. Eğitici üretim alanının ve ülke gerçeklerinin farkında olmalıdır. Eğitici eğitiminde bu özellik öncelikle aranmalıdır.

Eğitici olarak görevlendirilecek kişiler eğitim ve iletişim alanlarında yetkinleştirilmelidir.

Eğitim gereksiniminin büyüklüğü dikkate alındığında, eğitici sayısının çok yetersiz olduğu açıktır. Bu durumda, eğitimde görev almak için gerekli asgari nitelikleri taşıyan bütün eğiticilerin işbirliği sağlanırken, eğitici eğitimine hız verilmelidir. Eğitici eğitimleri eğitim gereksinimlerinin ve hedef grupların çeşitliliği ve öncelikleri gözeticilerle düzenlenmelidir.

Eğitici gereksiniminin iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görev alan işyeri hekimi, işyeri hemşiresi/sağlık memuru, iş güvenliği uzmanı gibi birinci basamak sağlık güvenlik çalışanlarının eğitim ve iletişim tekniklerinde eğitilmeleri koşuluyla çalıştıkları işkollarına özel konularda ya da işçilerin bütününe ilgilendiren sağlık güvenlik konularında eğitici olarak görevlendirilebilecekleri unutulmamalıdır.

#### - Eğitim politikası:

Bu personelin eğitiminde öncelikli görevler ve yöntemler belirleyicidir. Eğitim politikası:

- i. Eğiticilere kendilerinden beklenen işlevleri etkin biçimde gerçekleştirebilmelerine olanak sağlayacak bilgi ve

beceriyi, tutum ve davranışı kazandırmalıdır.

ii. Eğitimcilere, görevlendirdikleri çalışma yaşamının sürekli gelişen, değişip dönüşen doğası üzerindeki etkinliklerinin kurumsallaşmasını sağlayacak sürekli gelişme olanağı yaratmalıdır.

iii. Yerel, bölgesel ve ulusal ölçekte eğitim örgütlenmesi, eğitimcilerin, uzmanların ve eğitim konusunda deneyimli teknisyenlerin desteğinden yararlanmalarına olanak sağlayacak biçimde gerçekleştirilmelidir. Bu örgütlenme eğitimcilere uygun olanaklardan, çalışma birimlerinde, araçlardan, hukuksal ve teknik belgelerden yararlanabilme olanaklarını da sağlamalıdır.

### - Çalışma Örgütlenmesi

Çalışma örgütlenmesinde ÇASGEM merkezi planlama ve yürütme organı olmalıdır. Bu hedefin gerçekleşebilmesi için ÇASGEM üçlü yapı temelinde ve ilgili araştırma ve eğitim kuruluşların karar alma ve yürütme süreçlerine katılmasını sağlayacak bir biçimde yeniden yapılandırılmalıdır.

Eğitim konularının ve türlerinin çeşitliliği ve hedef grupların farklılığı dikkate alındığında eğitim ekip çalışması temelinde örgütlenmeli, farklı bilim dallarından uzmanların işbirliği yapması sağlanmalıdır.

İş sağlığı ve güvenliği eğitimi yapabilecek kişi sayısı yetersiz, eğitim gereksinimi ise yüksektir. Bu nedenle eğitici kadrosuna katılabilecek kişilerin tümünden yararlanılmalıdır.

Eğitime ve eğitimcilere yeterli bilimsel, teknik, hukuki, araçsal ve parasal destek sağlanmalıdır.

### III.2.4. Girişim Yöntemleri ve Hedef Gruplar

Siyasi kararlar ve bu kararlar doğrultusunda alınan stratejik ve yönetsel kararlar sistemin temel bileşenleridir. Ama bu kararların yaşama geçirilmesi için, sistemi oluşturan kişi ve kuruluşlar alanda araştırma ve eğitim girişimlerini başlatıp sürdürebilecek yeterlilikte olmalıdır. A&S'nin temel girişimleri araştırma, veri, enformasyon ve bilgi toplanması ve dağıtımı, bilgilendirme, duyarlılaştırma ve eğitimidir.

Bu girişim yöntemlerden biri veya daha çoğu hedef grupların gereksinimlerine uygun olarak devreye sokulur. Sistemin hedef grupları en geniş ölçekte belirlenir.

AES aile ve örgün eğitimden başlayarak, işverenleri, işçileri, sağlık güvenlik profesyonellerini ve ilgili diğer kişileri, başka bir anlatımla da bütün toplumu hedef almalıdır.

İlköğretim ve lise eğitiminde iş sağlığı güvenliği: İşverenlerin ve işçilerin üretim sürecine gelişmiş bir sağlık güvenlik kültürü ile katılmaları sağlandığında, sağlık güvenlik sorunlarını önlemek kolaylaşacaktır. Bu nedenle, çocukluk, gençlik ve erken yetişkinlik aşamalarındaki eğitim sağlık güvenlik kültürü geliştirilmesine katkı yapacak biçimde tasarlanmalıdır.

Mesleki teknik eğitimde sağlık ve güvenlik: Öğrenciler üretime katılmadan önce, mesleki teknik eğitim sırasında iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgilendirilip duyarlılaştırılmalıdırlar. Bunun için sağlık ve güvenliğin korunması mesleki teknik eğitim ile bütünleştirilmelidir.

Üniversite eğitiminde sağlık ve güvenlik: Diğer eğitim kademelerindeki iş sağlığı güvenliği eğitimlerinin devamı olarak, öğrenciler üniversite eğitimleri sırasında da iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim almalıdır. Üniversiteler, programlarına sağlık güvenlik konularının ele alındığı dersler ekleyerek iş sağlığı güvenliğinin daha geniş çaplı olarak incelendiği bir eğitim kademesi olmalıdır.

Toplumun sağlık güvenlik eğitimi: Sağlık güvenlik kültürü geliştirilmesinde toplum, sağlık güvenlik eğitiminin temel hedef grubudur. Bireyin örgün eğitimdeki eğitimi toplum eğitimini destekleyecektir. Bu eğitimin bireyin örgün eğitimi öncesinde (ailede) başlaması ve örgün eğitiminden sonra sürmesi gerekir. Yoksa, okulda öğrenilen toplumsal yaşama yansımayaacak, "sağlıklı ve güvenli çalışma" toplumsal kültüre dönüşmeyecektir. Bu nedenle sağlık güvenlik eğitimi toplumun eğitimini ve toplumsal bir sağlık güvenlik kültürü geliştirilmesini hedeflemelidir. Böylesi bir kültür



de, ancak kendi emeğiyle birlikte başkalarının emeğine de saygı duyan bireylerden oluşan örgütlü bir toplumdaki geliştirilebilir.

İşçilerin Eğitimi: "Sağlıklı işyeri" işçi sağlığı ve güvenliğinin temel hedefidir. Kural koyucunun bu amaçla düzenleme yapması gereklidir ama yeterli değildir. Önemli olan bu kurallara uyulmasıdır. Sağlıklı işyerleri için hükümetlerce konulmuş çeşitli yasa ve yükümlülüklerin olması yeterli değildir. Sağlıklı işyerleri sağlamak ve uygun önlemleri uygulamak için işçi, işveren ve sağlık profesyonellerine düşen sorumluluklar vardır.

İş sağlığı ve güvenliğinde temel risk gruplarından biri işçilerdir. İşçilerin sağlığını ve güvenliğini sağlamada çeşitli önlemlerin alınması ve bu önlemlerin uygulanması temel bir gerekliliktir. Bu gerekliliğin yerine getirilmesi için işe işçilerde tutum ve davranış değişikliği meydana getirmek gerekir. Bu nedenle işçilerin eğitimi, iş sağlığı ve güvenliğinin en temel konularından biridir.

İşçiler, temel olarak iki alanda eğitilmelidirler.

İşçinin iş eğitimi, o işin doğru ve güvenli yapılması için gerekli bilgi ve beceriler ile tutum ve davranış özelliklerinin kazandırıldığı bir süreçtir. Bu eğitim, işyerinde insan hatasına bağlı riskleri en aza indirmek için önemlidir. Bu eğitimde iş becerilerini geliştirme yanı sıra sağlık güvenlik konusunda duyarlılaştırma da yer alır. Duyarlılaştırma, işçinin yaptığı işin riskleriyle ilgili farkındalığının artmasını ve sağlık ve güvenlik amaçlı tutum ve davranış değişikliğine hazırlanmasını sağlayacaktır.

İşçi eğitiminde diğer bir konu da işyerinin sağlık ve güvenliğidir. Bu eğitim, bilgi ve beceri geliştirilmesinden çok işçinin çalışma ortamındaki risklerle ilgili duyarlılığını artırmayı amaçlar. İşçinin işini doğru yapması ve sağlık güvenlik önlemlerini uygulaması gereklidir ama yeterli değildir. Çünkü, işçiler birbirleriyle ve çalışma ortamıyla etkileşirler. Bu nedenle işçilerin işyerinin sağlık ve güvenliği konusunda eğitilmeleri, üretim alanında sağlık ve güvenliğinin sağlanmasında etkin görev almalarını, çalışma arkadaşlarını denetlemelerini ve çalışma ortamındaki risklere ilişkin duyarlılıklarının artırılması sağlayacaktır.

İşçiler bir yetişkin grubudur. Bu nedenle işçi eğitimlerinde yetişkinlerin özellikleri ve yetişkin eğitime ilişkin ilkeler dikkate alınmalıdır. Bu eğitimde temel amaç tutum ve davranış değişikliğidir. Bilgi hedeflerine ulaşmak daha kolaydır; ama tutum değişikliği sağlamak çok daha zordur. Çünkü inanç değişikliğini gerektirir. Bu nedenle sadece içerik aktararak tutum değişikliği gerçekleştirilemez. İşçi eğitiminde amaca ulaşmak için eğitimin koşullara, grubun özelliklerine ve gereksinimlerine göre değişen bir yapıya olduğu bilinmeli ve eğitim deneyim paylaşılan bir etkileşim sürecine dönüşmelidir. Bu süreç bir ortaklıktır ve başarılı bir ortaklık için, işçiler yalnızca sınıfta değil, eğitim sürecinin her aşamasında söz sahibi olmalıdır.

Ayrıca, işçi eğitiminde kazanılan bilgi ve beceriler yeterli güdü sağlanamadığı, eğitimin içeriği işin gereklerine uymadığı ya da eğitim ile işin gerçekleri bağdaşmadığı için işe yansıtılamayabilir. Bu nedenle, amacına ulaşması için eğitim işin gereklerine ve hedef grubun gereksinimlerine uygun ve uygulama odaklı bir biçimde hazırlanmalı ve grup güdülenmelidir.

Bir diğer konu eğitim hedeflerine ulaşılmasını sağlayacak öğretim strateji ve yöntemleridir. Burada işçi grubunun özellikleri dikkate alınmalıdır. Geleneksel öğretim yaklaşımından çok grup etkileşimini, bilgi paylaşımını ve eleştirel düşünmeyi artıran öğrenen merkezli öğretim yaklaşımları tercih edilmelidir.

İşçi eğitiminde eğitimin süresi de önemlidir. Çünkü işçi için zaman önemlidir. Bu nedenle zamanın etkin olarak kullanılması ve planlamanın süreye uygun olarak yapılması eğitimin etkililiğini artıracaktır.

Sağlık güvenlik profesyonellerinin eğitimi: Bu grubun eğitimi işyerinde ve yapılan işlerde karşılaşılması olası sağlık güvenlik sorunlarının ve bu sorunların önlenebileceğinin farkında olmalarını sağlamalıdır.

Diğer hedef gruplarda olduğu gibi iş sağlığı güvenliği profesyonellerinin eğitiminin temelinde de "Emeğe Saygı" vardır. Bu nedenle iş sağlığı güvenliği profesyonellerine öncelikle varlık nedenlerinin emek olduğu, emeği korudukları ölçüde iş sahibi olacakları ve emeğin önemi anlatılmalıdır. Çünkü bu bilinç geliştirilmeden kişilerin kendilerine ve çevrelerine ilişkin sağlık güvenlik sorunlarına duyarlı olmaları beklenemez.

Bu kapsamda sağlık ve mühendislik bilimlerinde eğitilen öğrenciler iş sağlığı ve güvenliği öğretilmelidir. Bu öğrenciler işyerinde sağlık güvenlik uygulaması gerçekleştirecek düzeyde bilgi ve beceriye sahip değildir. Bu nedenle iş sağlığının özel alanlarında mezuniyet sonrası eğitime gereksinirler. Bu kurslar uzun veya kısa dönemli olarak düzenlenebilir.

ILO/DSÖ ortak komitesi sağlık güvenlik profesyonellerinin eğitim programlarının iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin örgütlenmesi ve yürütülmesi, iş hekimliği, iş hijyeni, iş güvenliği, ergonomi, iş psikolojisi, iş sosyolojisi ve sağlık güvenlik eğitimi konularını kapsamasını önermiştir.

Sağlık güvenlik profesyonellerinin eğitimi iletişim ve sorun çözme becerilerini geliştirmelidir. Bunun için eğitim öğrenci merkezli öğretime yaklaşımı temelinde gerçekleştirilmeli, eğitimde yetişkin eğitimi ilkeleri dikkate alınmalıdır.

Sağlık güvenlik profesyonellerinin eğitimleri alandaki sürekli değişim göz önünde bulundurularak sürekli eğitimlerle güncellenmeli ve bu eğitimlerinde kendi kendine öğrenmenin gerekliliği vurgulanmalıdır. Son yıllarda büyük gelişme gösteren uzaktan eğitimden de bu amaçla yararlanılabileceği unutulmamalıdır. Bu sayede eğitim maliyeti ve iş günü kayıpları azaltılacağı gibi, eğitimin sürekliliği de kolaylıkla sağlanabilir. Ancak donanım konusunda yaşanan sıkıntılar uzaktan eğitim kurslarının kullanımını sınırlı hale getirmektedir.

### IV. ARAŞTIRMA VE EĞİTİM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

A&E sistemi değerlendirilirken, değerlendirme konusuna ve amacına en uygun ölçek seçilmelidir. Konusu ve amacı ne olursa olsun, değerlendirmenin odağı farklı bileşenleriyle işletmedir; çünkü çalışanların çalışma ve yaşama koşullarını olumsuz yönde etkileyen risklerin kaynağı işletmedir. İşletme de bir sistemdir; bir üretim sistemidir ve riskler işletmenin alt sistemlerinin ve alt sistemleri arasındaki etkileşimlerin ürünüdür. Bu nedenle, görevi risklerin önlenmesine; bu olanaksız ise, çalışanları risklerden korunmasına katkı yapmak olan AES'nin ve sistemi oluşturan kişi ve kuruluşların hedefi işletmedir.

A&E sistemi işletmede riskleri önlemekte veya çalışanları risklerden korumakta sağladığı başarıya; yani ulaştığı sonuçlara göre değerlendirilir.

Değerlendirmenin ilk aşamasında, risk kaynağı olan işletme ve alt sistemleri çözümlenir. İşletmenin alt sistemleri: İnsani alt sistem (çalışanlar ve çalıştırılanlar); teknik alt sistem (teknoloji, teknikler, işlemler, makineler, maddeler); ve örgütsel alt sistemdir (yönetim ve üretim örgütlenmeleri). Bu çözümleme ile, AES'nin önlemek zorunda olduğu sorunları üreten işletmenin nesnel veya verili koşulları tanımlanır.

İkinci aşamada AES'nin girdileri ve çıktıları nicel ve nitel anlamda sorgulanır. Her sistem gibi, AES'nin de girdileri ve çıktıları vardır. İlk aşamada tanımlanan verili koşullar, aslında, sistemin temel girdisidir. Sistem bu koşulları dönüştürmekle görevlidir. İSS'ne bu amaçla aktarılan bilgiler ve kaynaklarla (insangücü, para, araç-gereç ve her türlü altyapı), bilimsel- teknik gelişmelerin sağladığı olanaklar sistemin diğer girdileridir. Temel girdi sayılan verili koşullar olumsuzlaştığı ölçüde, sistemin amacına ulaşması güçleşir. Diğer girdilerin sistemin amacı ve gereksinimleriyle örtüşmesi ise, bu güçlüğü azaltır. Sistemin çıktıları ise, aslında, sistemin varlık nedenleridir. Çalışanların sağlık düzeyi, üretkenlik ve verimlilik düzeyi, ürün kalitesi ve işletme saygınlığı AES'nin temel çıktılarıdır.

Bir sistemin başarılı sayılması, çıktılarının, girdilerinden büyük olmasına bağlıdır. Sistem girdileriyle sistem çıktıları arasındaki bu ilişki, diğer sistemler gibi, AES'nin de kendisine girdi sağlayan ve çıktılarından yararlanan diğer sistemlerle karşılıklı bağımlılık ilişkisi içinde olduğunu gösterir. Bu ilişki güçlendikçe, sistemlerin birbirine olan gereksinimi artar; birbirini daha çok destekler ve birlikte güçlenirler. Ancak, bu beklenti her zaman gerçekleşmez: beklentinin gerçekleşmesi sistemin amaçlarının toplumsal değerinin azalmamasına bağlıdır. AES'nin amacı çalışanın sağlığını korumaktır; ama, ekonomik bunalım dönemlerinde, çalışanın sağlığı diğer sistemlerin öncelikli göz ardı ettiği bir toplumsal değere dönüşür.

Bir sistemin başarısını kanıtlayan bir başka gösterge de, sistemin ulaştığı sonuçtur. Bu sonucun, sistemi oluşturan kişi ve kurumların aldığı sonuçların toplamından büyük olması beklenir. Bu beklentinin gerçekleşmesi, sistemin bütünleştirdiği kişilerin ve kurumların daha etkili ve verimli çalışmasını sağlayabildiğini gösterir.

AES'nin başarılı sayılmasının bir diğer göstergesi de etkililik-verimlilik ilişkisidir. Sistemin amaçlarına ulaşması; yani etkili olması, başarılı sayılması için yeterli değildir. Sistem etkililiğini verimli çalışarak sağlamalı ve sürdürmelidir; çünkü ilişkide olduğu sistemlerin verimli çalışmayan bir sistemi sürekli olarak desteklemesi beklenemez. Etkili çalışıyor olsa bile, diğer sistemlerin desteğini yitiren bir sistemin de, etkililiğini sürdürmesi olanaksızdır. Bu nedenle her sistemin yalnızca etkili değil, verimli çalışması da sağlanmalıdır.

Bir sistemin etkili ve verimli çalışmasını sağlamak için sistem çözümlemesi yapılır. Sistem çözümlemesi, bir sistemin etkililiğinin ve verimliliğinin artırılması amacıyla, sisteme katılan kişi ve kurumların iç ilişkilerinde ve diğer kişi ve kurumlarla ilişkilerinde varolan amaca dönük işlevsel yetersizliklerin saptanıp, düzeltilmesi için yürütülen, sistematik çalışmadır.

AES'nin değerlendirilmesini ve saptanan sistemsel yetersizliklerin giderilmesini amaçlayan bu tür bir çalışma önemli güçlüklerle karşılaşır:

- Sistemin etkililiğini ve verimliliğini ölçmek için yeterli gösterge yoktur;
- Tam ve nesnel bir değerlendirme, ancak ulusal ölçekte, uzun erimli bir çalışmayla ve önemli hata payı olasılığı ile yapılabilmektedir;
- Sistemin girdileri ve çıktılar karşılaştırılırken, çıktılarının tümünün maddi değerlerinin hesaplanması olanaklı değildir;
- Değerlendirmede, çalışma koşullarının yol açtığı sağlık sorunlarının maliyeti, toplumsal maliyet katılarak hesaplanmalıdır, ancak, toplumsal maliyetin hesaplanması çok güçtür. Ayrıca, çalışanların yaşama koşullarının bu sorunların ortaya çıkmasına yaptığı katkı da, hesaplama yapılırken, göz ardı edilmemelidir.
- Bir diğer güçlük de, sistemin doğası ile ilgilidir. AES ve sistemi oluşturan kişi ve kurumlar genellikle, ulaştığı sonuçları ve bu sonuçların çalışanların sağlığına katkı yapılıp, yapmadığını sorgulama gereği duymaz, hatta böylesi bir sorgulamadan kaçınır.

Yöntemsel güçlüklerle karşı, uygun göstergeler belirlendiğinde, sistemin ulaştığı sonuçlar derlenerek, sistemi oluşturan kişi ve kuruluşların bu sonuçlar üzerindeki etkileri sorgulanabilir ve işlevsel yetersizliklerin giderilmesi için sistematik çözümler önerilebilir. Bu yol seçilirse, AES etkili ve verimli bir sistem olarak örgütlenip, yönetilebilir; yani, sistem girdileri verimli bir yatırıma dönüştürülebilir. Ancak, sonuç alınabilmesi, yazgıya ve yazgıcı anlayışa ne ölçüde karşı çıkılabildiğine bağlıdır.

#### V. Sonuç ve Öneriler

- Sağlık ve güvenliğin korunmasında önlem almak ve uygulamak temel bir gerekliliktir. Her iki durumda da çalışanların ve işverenlerin sağlık ve güvenlik ile ilgili tutum ve davranışlarının değiştirilmesi gerekebilir. Bu nedenle eğitim önleme ve korumada temel bir stratejik araçtır. İş sağlığı ve güvenliği eğitiminin özünü "emeğe saygı" ve "emeğin korunması" oluşturmaktadır. Bu toplumsal kültür aileden başlayıp, okul eğitimi ve toplumsal ilişkiler ile geliştirilmelidir. Bu kültür iş yaşamına da yansıtılacağından iş sağlığı güvenliği sorunlarının çözümü kolaylaşacaktır.

- Çalışma yaşamı üçlü yapıya dayanan (devlet, işçi, işveren) çok boyutlu bir alan olma özelliği ile diğer alanlardan farklılaşır. Bu üçlü yapıda tarafların güdülleri farklıdır. İşverenin güdüsü karını, işçinin güdüsü ise bu kardan aldığı payı artırmaktır. İş sağlığı ve güvenliği eğitimine atfedilen değer tarafların güdülerinden etkilenir ve bu güdü farklılığı günümüzde, eğitimin önündeki en önemli engeldir. Bu nedenle devlet ve sendikalar iş sağlığı ve güvenliği eğitimini tarafların iyi niyetine bırakmamalıdır.

- İş sağlığı ve güvenliği eğitiminin nihai amacı sağlık ve güvenlik alanında tutum ve davranış değişikliği oluşturmaktır. Tutum değiştirmek ve geliştirmek güç bir iştir. Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliği eğitimi çok ciddi bir biçimde planlanmalıdır. Sadece içeriğin aktarıldığı bir eğitimle tutum değişikliği sağlanamaz. Eğitimi bir sistem etkinliği olarak ele alınmalı ve sistem bileşenleri dikkate alınmalıdır. Öncelikle eğitimin var olan koşullara, grubun özelliklerine ve gereksinimlerine göre değişen bir yapısı olduğu bilinmeli ve eğitim, deneyimlerin paylaşıldığı bir etkileşim sürecine dönüştürülmelidir.

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

---

- İş sağlığı ve güvenliği eğitimi, sağlıklı ve güvenli çalışma kültürü oluşturmayı amaçlar. Bu kültür geliştiği ölçüde diğer etkinliklerin başarıya ulaşma olasılığı artar. Bu nedenle ilköğretimden başlayarak, lise öğretiminde, çıraklık eğitiminde, mesleki teknik eğitimde ve üniversite eğitiminde eğitimin bir amacı da üretime katılmaya hazırlanan kişilerde bu kültürü oluşturmak olmalıdır. Böylesi bir kültürel ortamda yetişmemiş işçilere de bu kültürün işyerlerinde kazandırılması yaşamsal önemdedir. Ayrıca, sağlıklı ve güvenli ortamı oluşturma yükümlülüğü olan işverenlerin ve bu amaçla görev yapan sağlık güvenlik profesyonellerinin bu kültürle yetişmiş olmaları sağlıklı güvenli koşullar oluşturmada ve bu koşulları kurumsallaştırmada belirleyicidir. Bunun için sağlık ve güvenlik bütün eğitim düzeylerinde değişik eğitim programlarına katılmalıdır.

- Bu özellikleri ve gerekleri dikkate alındığında, sağlık ve güvenlik eğitiminin günümüz koşullarında tarafların, kurumların ya da kişilerin tek başına yürütecekleri bir etkinlik olmadığı ve ancak en geniş katılım ve işbirliği ile yürütülebileceği kesindir.

### Kaynaklar

1. Atherley, G., Robertson, D., *Principles of Training, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Volume:1 International Labour Organisation, 1998*
2. Baker, R., Wallerstein, N., *Workers Education and Training, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Volume:1 International Labour Organisation, 1998*
3. Cohen, A & Colligan, M.J. (1998). *Assessing occupational safety and training: a literature review*. <http://www.cdc.gov/niosh/98-145-b.html> adresinden 18.06.2004 tarihinde ulaşılmıştır.
4. Engeström, Y., *Training For change: New Approach to Instruction and Learning in Working Life, International Labour Office, 1994.*
5. Hans-Horst, K. (2001). *Learning about occupational safety and health. European Agency for Occupational Safety and Health.*
6. Hecter, S., *Introduction and Overview to Occupational Health and Safety Training, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Volume:1 International Labour Organisation, 1998.*
7. *ILO Ansiklopedisi, Vol.1-Pages 18.1-18.32, http://www.ilo.org/encyclopaedia/ adresinden 12 Aralık 2004 tarihinde ulaşılmıştır.*
8. Rudge, J., *Safety and Health Training of Managers, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Volume:1 International Labour Organisation, 1998.*
9. *Uluslararası Çalışma Örgütü. İşçi Eğitimi ve Teknikleri. Ankara: Uluslararası Çalışma Örgütü Yayınları, 1983.*
10. Vahapassi, A., Wenger, M., *A New Approach to Learning and Training, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Volume:1 International Labour Organisation, 1998.*

## **ADIYAMAN 2 NO'LU TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDE 2007 YILINDA CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI İZLEMLERİ**

**Dr. Binali ÇATAK**

### **1.GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER**

Bu çalışma, Toplum Sağlığı Merkezlerine verilen "sağlık yönetimi" görevinin yerine getirilmesi için, saha çalışması ile ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik veri toplanması ve verilerin değerlendirilmesi (sürveyans çalışması) amaçlanmıştır. Aynı zamanda sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı, toplum sağlığı merkezi gibi bölgesi olan bir sağlık biriminde görev yapan halk sağlığı uzmanının profesyonel katkısı ile, bilimsel sağlık yönetimi anlayışının yerleştirilmesinin mümkün olduğu gösterilmeye çalışılmıştır.

Ülke çapında sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığının görevidir. İl düzeyinde ise sağlık hizmetleri Valiliklerin sorumluluğu altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Sağlık bakanlığı, sağlık hizmeti sunumunu belirli bir örgütlenme içerisinde gerçekleştirir. Buna göre bakanlık, sağlık hizmetleri örgütlenmesini Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri olmak üzere üç düzeyde ele almaktadır.

Sağlık bakanlığınca "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde, Sağlık Hizmeti Örgütlenmesinde yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Bu yapılanma içerisinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Örgütlenmesinin bileşenleri temel olarak "Aile Sağlığı Merkezi/Birimi" ile "Toplum Sağlığı Merkezi" olarak belirlenmiştir.

Aile Sağlığı Merkezi: bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur. Aile Sağlığı Birimi ise bir hekim ve bir aile sağlığı elemanının sağlık hizmeti verdiği sağlık kuruluşudur.

Bu yapılanma, yani ASM (Aile Sağlığı Merkezi) ve Aile Sağlığı Birimi (ASB) içerisinde "aile hekimi" ve "aile sağlığı elemanı" sağlık hizmetini sunan temel unsurlardır. Yönetmenlikte aile hekimi: "...kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar" şeklinde tanımlanmaktadır.

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) yönetmenliğinde, Toplum Sağlığı Merkezinin tanımı: "...bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezidir" şeklinde yapılmaktadır. Yönetmenlik bütüncül olarak değerlendirildiğinde, TSM'lerin temel görevi sağlık yönetimidir.

### **2. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ, AMAÇLARI VE TASARIMI**

Toplumların sağlık düzeylerinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesinde, diğer bir deyişle sağlık hizmetlerinin yönetiminde güvenilir verilere ve objektif göstergelere daima gerek duyulmuştur. Ülkemizde gebelikler, doğumlar ve ölümlerin eksik olarak tespit edilmesi nedeniyle rutin sağlık bilgi sistemindeki veriler gerçek durumu tam olarak yansıtmaz. Bu nedenle bölgesel ve ulusal düzeyde toplumu temsil eden gruplarda, "Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü" tarafından 5 yılda bir yapılan "Nüfus ve Sağlık Araştırmaları" ile bu veriler en doğru biçimde tahmin edilmeye çalışılmaktadır. Ancak bu araştırmalarda il temelinde sağlık düzeyi verilerini elde edecek örneklem gruplarına ulaşmak mümkün olmamakta, sağlık göstergeleri bölge düzeyinde elde edilmektedir. Dolayısıyla, il sağlık hizmetlerinin planlanması bölgesel düzeyde elde edilmiş göstergeler üzerinden yapılabilmektedir.

İl düzeyinde, hatta il içi sağlık hizmet bölgelerinde yapılan saha çalışmaları: sağlık hizmetlerinin planlanması,

önceliklerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesinde, ayrıca "sağlık bilgi sistemi" ile elde edilen verilerin geçerliliği ve güvenilirliğinin denetlenmesi açısından önemli veri kaynağı oluşturacaktır. Bu çalışmada; 2 nolu TSM'i bölgesinde, 2007 yılında canlı doğum yapmış kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık hikâyesi ve aile hekimlerince verilen doğum öncesi bakım hizmetleri, doğum ve doğum sonu izlemler ile bebeğin gelişim izlemleri ve bağışıklama durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma kesitsel tipte ve tüm aile hekimlerini kapsayacak şekilde planlanmıştır. Veriler 2008 ocak 21-5 mayıs tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini; 1 Ocak-31 Aralık 2007 yılında doğmuş ve araştırmanın yapıldığı tarihte yaşayan bebeklerin anneleri oluşturmaktadır. Ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü %50 prevalans, %2 yanılma payı ve tip I hata düzeyi %5 olarak alındığında epi info programında, evreni temsil eden ulaşılması gereken kadın sayısı 1151 olarak hesaplandı. Ancak, ulaşamayacak kişilerde düşünülerek, örneklem %10 fazlası kadın da (115 kadın) örnekleme eklendi. Sonuçta, ulaşılması gereken örneklem sayısı 1266 olarak hesaplandı. Randomizasyonla belirlenen 1266 kadından %94.5'ne (1197 kadın) ulaşıldı. Veriler SPSS paket programında analiz edildi. Tanımlayıcı ölçütlerden; frekans, yüzde, merkezi yığılım ölçütleri (ortalama ve ortanca), merkezi yaygınlık ölçütleri (standart sapma, persentiller) analizlerde kullanıldı.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

##### 3.1.1. Kadın ve Erkeğin Yaşı

Kadınların çalışmanın yapıldığı tarihteki yaşları nüfus kâğıtlarından tespit edildi. Ayrıca, kadınlara nüfus kâğıtlarında yazılı yaşlarının gerçek yaşları (biyolojik yaşı) olup olmadığı da soruldu. Kadınlardan %21.1'i (253 kişi) kimlik yaşının biyolojik yaşı olmadığını söyledi. Tablo-1'de yaş gruplarına göre kadın ve erkeğin yaş gruplarının dağılımı görülmektedir. Kimlik yaşına göre adolesan yaş grubundaki kadın oranı %2.9, gerçek yaşa göre ise %2.4'dür. Kadınların kimlik yaşına göre son doğumdaki yaş ortalaması 28.7 ( $\pm 5.7$ ), biyolojik yaşa göre 28.3 ( $\pm 5.3$ )'dür. Erkeklerin yaş ortalaması ise 32.6 ( $\pm 6.0$ ) dir.

Tablo-1: Kadın ve erkeğin yaş gruplarına göre yüzde dağılımları (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)

Yaş grupları	Kadın kimlik yaş		Kadın biyolojik yaş		Erkek	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
19 yaş ve altı	35	2.9	29	2.4	0.0	0.0
20-24 yaş	276	23.1	288	24.1	70	5.8
25-29 yaş	367	30.7	390	32.6	344	28.7
30-34 yaş	323	27.0	324	27.1	362	30.2
35-39 yaş	146	12.2	136	11.4	276	23.1
40-44 yaş	47	3.9	30	2.5	104	8.7
45-49 yaş	3	0.3	0.0	0.0	32	2.7
50 +	0	0.0	0.0	0.0	9	0.8
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\* Sütun yüzdesi

### 3.1.2. Kadın ve Erkeğin Eğitim Durumları

Tablo-2 izlendiğinde: okuma yazma bilmeyen kadın oranı erkeklerden 4 kat daha fazladır. Gerek erkeklerde ve gerekse kadınlarda ilkokulu bitirme oranı diğer eğitim kademelerine göre daha yüksek düzeydedir. Yaklaşık her 10 kadından 6'sı ilkokul mezunu iken, her 10 erkeğin 4'ü ilkokul mezunudur. İlköğretim ikinci kademe ve lise bitirme oranı erkeklerde kadınlardan yaklaşık olarak iki kat fazlaysen, üniversite mezunu olmak 4 katı fazladır.

**Tablo-2: Eğitim kademelerine göre kadın ve erkeğin eğitim durumunun yüzde dağılımı (Adıyaman 2'Nolu TSM, 2008)**

Eğitim Durumu	Kadın		Erkek	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Okuma yazma bilmeyen	115	9.6	27	2.3
Okuma yazma bilen	38	3.2	10	0.8
İlköğretim birinci kademe terk	44	3.7	19	1.6
İlköğretimi birinci kademeyi bitirmiş	699	58.4	480	40.1
İlköğretimi ikinci kademeyi bitirmiş	129	10.8	290	24.2
Liseyi bitirmiş	139	11.6	272	22.7
Üniversiteyi bitirmiş	33	2.8	99	8.3
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\* Sütun yüzdesi

### 3.1.3. Erkeğin Sosyal Statüsü

Erkeklerin yarısına yakın kısmı (%44.7) işçi statüsünde çalışmaktadır (mavi yakalı ve hizmet işçisi). Her 10 erkekte 1'i beyaz yakalı statüsünde çalışırken, çiftçilikle uğraşan erkekler sosyal statünün %15.9'unu, sabit iş yeri olmayan esnaf %11.6'sini, işsizlik ise sosyal statünün %11.1'ini oluşturmaktadır (Tablo-3).

**Tablo-3: Erkeğin sosyal statüsünün yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Sosyal statü	Sayı	(%)*
Yüksek nitelikli ve beyaz yakalı	116	9.7
Sabit işyeri olan esnaf	139	11.6
Sabit iş yeri olmayan/kendi hesabına	75	6.3
Hizmet işçisi	230	19.2
Mavi yakalı işçi	306	25.5
Çiftçi ve çiftçi+yarıcı/tarıcı işçisi	191	15.9
İşsiz	133	11.1
Emekli	7	0.6
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi

### 3.1.4. Kadının Çalışma Biçimi

Tablo-4 takip edildiğinde, kadınların en çok çalışma biçimi %43.9 ile ücretsiz aile işçiliği, %15.5'i ev eksenli üretime katıldığı görülmektedir. Kadınların sadece %4.0'ü ev dışında (mavi yakalı, hizmet işçisi, beyaz yakalı ve esnaf) üretime katılmaktadır. Ev kadını oranı ise %36.8'dir.

**Tablo-4: Kadın çalışma biçimlerinin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Çalışma biçimi	Sayı	(%)*
Ev kadını	441	36.8
Ücretsiz aile işçisi	525	43.9
Ev eksenli üretim	185	15.5
Mavi yakalı ve hizmet işçi	21	1.8
Yüksek nitelikli ve beyaz yakalı	22	1.8
Esnaf	3	0.3
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

### 3.1.5. Kadın ve erkeğin sosyal güvencesi

Araştırmada, emeklilik hakkının olması sosyal güvence olarak değerlendirildi. Kadın ve erkeklerde sosyal güvencesi olmayanlar ilk sırayı oluşturmaktadır; yaklaşık her 10 erkekten 6'sının sosyal güvencesi yok iken, kadınlarda sosyal güvencesi olmayanlar %96.5'dir. Sosyal güvencesi SSK olanların oranı erkeklerde %25.4, kadınlarda ise %1.8'dir (Tablo-5).

**Tablo-5: Kadın ve erkeğin sosyal güvence durumu (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Sosyal güvence	Erkek		Kadın	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Sosyal güvencesi olmayan	748	62.5	1155	96.5
Sosyal sigortalar kurumu	304	25.4	21	1.8
Emekli sandığı	108	9.0	19	1.6
Bağ kur	37	3.1	2	0.2
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi

### 3.1.6. Kadın ve erkeğin sağlık güvencesi

Sağlık güvencesi açısından değerlendirildiğinde; hem erkek hem de kadınlarda yeşil kart sağlık güvencesinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Her 4 kişiden birinin sağlık güvencesi SSK'dır. Bağ kur en az sahip olunan sağlık güvencesidir (Tablo-6).



**Tablo-6: Kadın ve erkeğin sağlık güvence durumu (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Sağlık güvencesi	Erkek		Kadın	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Sağlık Güvencesi Olmayan	94	7.9	89	7.4
Sosyal Sigortalar Kurumu	310	25.9	315	26.3
Emekli Sandığı	108	9.0	106	8.9
Bağ kur	37	3.1	37	3.1
Yeşil kart	648	54.1	650	54.3
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi

### 3.2. AİLE HEKİMİ BİLGİLERİ

#### 3.2.1. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanının Tanınma ve Ev Ziyaretleri

Araştırmada kadınlara, araştırmanın yapıldığı tarihte kayıtlı oldukları aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarını tanıyıp tanımadıkları, ayrıca aile hekimi ve aile sağlığı elemanının ev ziyaretine gelip gelmedikleri soruldu. Tablo-7 takip edildiğinde, kadınların %98.4'ü Aile Hekimini, %97.6'sı ise bağlı bulunduğu Aile Sağlığı Elemanını tanıdıklarını göstermektedir.

Aile hekimleri her 100 aileden yaklaşık 7'sini ziyaret etmişken, aile sağlığı elemanları 32'i aileyi ziyaret etmiştir (Tablo-7).

**Tablo-7: Kadınların aile hekimi, aile sağlığı elemanını tanıma ve ev ziyaretlerinin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

AH* ve ASE**	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)****
AH'ni Tanıyan	1178	98.4	19	1.6	1197	100.0
ASE'ni Tanıyan	1168	97.6	29	2.4	1197	100.0
AH'nin Ev Ziyareti	80	6.7	1117	93.3	1197	100.0
ASE'nin Ev Ziyareti	348	32.1	813	67.9	1197	100.0

\*AH= Aile Hekimi. \*\* ASE= Aile Sağlığı Elemanı. \*\*\*sütun yüzdesi

#### 3.2.2. Aile Hekimine En Sık Gitme Nedenleri

2007 yılında canlı doğum yapmış ve çocukları araştırma tarihinde yaşayan kadınlara, aile hekimine "en çok gitme nedenleri" soruldu ve birden fazla cevap verebilecekleri söylendi. Tablo-8'de kadınların aile hekimine en çok gitme

nedenlerinin yüzde dağılımı görülmektedir. Tablo takip edildiğinde, muayene için %89.4, ilaç yazdırmak için gitme oranı %86.2'dir. Bebeğin gelişim takibi için %90.1, bebeğin bağışıklanması için gitme oranı ise %95.5'dir. Gebelik takibi için giden kadın oranı %48.1 iken, aile planlaması için giden kadın oranı %21.3'dür.

**Tablo-8: Kadınların aile hekimine en çok gitme nedenlerinin yüzde dağılımı**

AH'ne en sık gitme nedeni	Sayı	(%)*
Muayene olmak	1070	89.4
İlaç yazdırmak	1032	86.2
Sevk olmak	87	7.5
Bebeğin aşısı	1143	95.5
Bebeğin gelişim takibi	1078	90.1
Gebelik kontrolleri	576	48.1

\*toplam 1197 canlı doğum yapmış kadın üzerinden yüzde hesaplanmıştır

### 3.3. DOğUM ÖNCESİ BAKIM

#### 3.3.1. Son Doğumu İsteme Durumu

2 no'lu TSM bölgesinde yaklaşık her 10 kadından 8'i gebeliği istemişken, kalan iki kadından biri doğumların arasını açmak için gebeliği daha sonra istemiş ve bir kadında gebeliği hiç istememiştir (Tablo-9).

**Tablo-9: Son doğumu isteme durumu (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Son doğum istemi	Sayı	(%)*
İstemiş	950	79.3
Sonra istemiş	135	11.3
Hiç istememiş	112	9.4
Toplam	1197	100.0

\*sütun yüzdesi

#### 3.3.2. Gebelik Bakım Ayı

Tablo-10'da son gebelikte ilk bakım ayları görülmektedir. TSM bölgesinde, son gebeliğinde ilk ziyaret zamanı 3 ay ve altında olan kadın oranı %74.8'dir. Bakım hizmeti almayan kadın oranı ise %1.7'dir. Doğum öncesi bakım için yapılan ilk ziyarette ortanca gebelik süresi 2 aydır.

**Tablo-10: Son gebelikte ilk bakım ayının yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

İlk bakımda gebelik ayı	Sayı	(%)*
Doğum öncesi bakım yok	20	1.7
3 ay ve altı	895	74.8
4-5	188	15.7
6-7	82	6.9
8+	12	1.0
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*sütun yüzdesi

**3.3.3. Doğum Öncesi Bakım Hizmetini Veren Sağlık Personeli**

Kadınlara, doğum öncesi bakım hizmeti alınan kişi/kişiler soruldu. Birden fazla kişiden doğum öncesi bakım hizmeti almış ise, bakım hizmeti aldığı tüm kişileri söylenmesi istendi.

Tablo-11'de kadının doğum öncesi bakım hizmeti aldığı sağlık personelinin dağılımı görülmektedir. Gerekle gebelik bakım hizmeti almayanlar ve gerekse ebe/hemşireden bakım hizmeti alanlar değerlendirmeye katılmadığında (%3.5), gebelerin %96.5'i doktordan gebelik bakım hizmeti almıştır. Doğum öncesi bakım hizmetini, hizmeti veren sağlık personeline göre özelleştirildiğinde en yüksek düzeyde doğum öncesi bakım hizmeti kadın doğum uzmanı tarafından verilmiştir (%17.1). En düşük oranda bakım hizmeti ise sırasıyla aile sağlığı elemanı (%1.8) ve aile hekimine (%0.3) tarafından verilmiştir. Aile hekimini, aile sağlığı elemanı ve kadın doğum uzmanı birlikte değerlendirildiğinde, gebelerin %44.9'una her üç sağlık personelinden gebelik bakım hizmeti almıştır.

**Tablo-11: Sağlık personeline göre gebelik kontrollerinin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Sağlık personeli	Gebelik kontrolü	
	Sayı	(%)*
Bakım hizmeti almayan gebe	20	1.7
Sadece aile hekimi	3	0.3
Sadece aile sağlığı elemanı	21	1.8
Sadece kadın doğum uzmanı	205	17.1
AH** ve ASE***	33	2.8
AH ve KDU****	47	3.9
ASE ve KDU	330	27.6
AH, ASE ve KDU	538	44.9
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*sütun yüzdesi \*\*AH: Aile Hekimi \*\*\*ASE: Aile Sağlığı Elemanı \*\*\*\*KDU: Kadın Doğum Uzmanı

### 3.3.4. Doğum Öncesi Bakım Sayısı

Tablo-12'de doğum öncesi bakım sayısı, ortalama ve ortancaları görülmektedir. Tablo izlendiğinde, 4 ve üzeri bakım hizmeti oranları sağlık personeline göre farklılık göstermektedir; aile sağlığı elemanı her 4 kadından 1 kadına, aile hekimi 100 kadından yaklaşık 17'sine ve kadın doğum uzmanı ise 100 kadından 45'ine 4 ve üzeri bakım hizmeti vermiştir.

Sağlık personeline göre ortalama gebelik bakım hizmeti aile sağlığı elemanlarında 2, aile hekimlerinde 1 ve kadın doğum uzmanlarında 4'dür (Tablo-12).

**Tablo-12: Doğum öncesi bakım sayısı, ortalama ve ortancaların sağlık personeline göre dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Doğum öncesi bakım sayısı	Sağlık personeli					
	ASE		AH		KDU	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
0	275	23.0	557	48.2	79	6.6
1	117	9.8	114	9.5	111	9.3
2	312	26.1	181	15.1	196	16.4
3	176	14.7	124	10.4	158	13.2
4+	317	26.4	221	16.8	653	45.5
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>
<b>Ortalama</b>	2.5 (± 2.2)		1.6 (± 2.2)		4.4 (± 2.9)	
<b>Yüzdelik dilimler</b>						
25	1		0		2	
50	2		1		4	
75	4		3		7	

\*sütun yüzdesi

### 3.3.5. Gebelerde Tetanoz Toksoidi ile Aşılama Oranları

Araştırmada, gebelik tetanozlarını kadınların aşı kartından değerlendirilmesi planlandı. Ancak kadınların büyük çoğunluğunun aşı kartına ulaşamadı. Kartı olmayan kadınların tetanoz dozları hikâye ile tespit edilmeye çalışıldı. Aşı yapıldığını hatırlamayan kadınlar aşısız olarak kabul edildi. Ayrıca kadın muğlak cevap verdi ise, örneğin 2-3 kez tetanoz aşısı olduğunu söylediye en düşük doz, yani 2. yapılan doz olarak alındı.

Tablo-13'de gebelik sayısına göre toplam tetanos toksoid oranları görülmektedir. Tablo takip edildiğinde, aşı tamlık oranları 1 defa gebe kalmış kadınlarda bulunmamaktadır. 2 defa gebe kalmış kadınlarda %1.1, 3 kez gebe kalmış kadınlarda %29.4, 4 defa gebe kalmış kadınlarda %45.7, 5 kez gebe kalmış kadınlarda %41.8, 6 ve üzerinde gebe kalan kadınlarda ise bu oran %43.1'dir.

Tablo-13: Gebelik sayısına göre tetanos toksoidi doz sayısının yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)

Gebelik sayısı	Son gebeliğe kadar yapılan toplam tetanos toksoid dozu												Toplam	
	0		1		2		3		4		5+			
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
1	22	7.1	46	14.9	187	60.5	48	15.5	6	1.9	0	0.0	309	100.0
2	10	3.6	21	7.5	75	26.9	89	31.9	81	29.0	3	1.1	279	100.0
3	4	2.1	7	3.6	36	18.6	42	21.6	48	24.7	5	2.9	194	100.0
4	7	4.3	11	6.7	19	11.6	22	13.4	30	18.3	75	45.7	164	100.0
5	9	9.2	5	5.1	19	19.4	11	11.2	13	13.3	41	41.8	98	100.0
6 ve +	14	9.2	14	9.2	14	9.2	19	12.4	26	17.0	66	43.1	153	100.0
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>5.5</b>	<b>104</b>	<b>8.7</b>	<b>350</b>	<b>29.2</b>	<b>231</b>	<b>19.3</b>	<b>204</b>	<b>17.0</b>	<b>242</b>	<b>20.2</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*Satır yüzdesi. \*\*aşı yapıp yapılmadığını hatırlamayan 7 kadın aşısız kabul edildi

### 3.4. DOĞUM

#### 3.4.1 Doğumun Yapıldığı Kurum

Tablo-14'de kadının doğum yaptığı kurumun yüzde dağılımı görülmektedir. 2 no'lu TSM bölgesinde kadınların %1.8'i hariç, doğumların tamamı sağlık kurumlarında yapılmıştır. Doğum amacıyla en çok yararlanılan sağlık kurumu ise kamu hastaneleridir (%91.2).

Tablo-14: Doğumun yapıldığı kurumların yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)

Kurum	Sayı	(%)*
Evde	22	1.8
Kamu hastanesi	1092	91.2
Özel hastane	58	4.8
Üniversite	25	2.1
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*sütun yüzdesi

#### 3.4.2 Doğum Sırasında Yardım Eden Kişi

Tablo-15'de doğuma yardım eden kişilerin yüzde dağılımı görülmektedir. Doktor veya eğitilmiş sağlık personeli ile gerçekleşen doğum oranı %98.2'dir. Veriler, doğuma yardım eden kişi açısından değerlendirildiğinde kadınların son doğumları %36.3'ü doktor kontrolünde yapılmışken, %61.8'i ebe/hemşire kontrolünde yapılmıştır.

**Tablo-15: Doğum sırasında yardım eden kişilerin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Doğumu yaptıran kişi	Sayı	(%)*
Ara ebesi/komđu-akraba	22	1.8
Ebe/hemşe	740	61.8
Doktor- Ebe/hemşe	435	36.3
Toplam	1197	100.0

\*Sütun yüzdesi

### 3.4.3. Doğumun Yapılış Şekli

2 no'lu TSM bölgesinde, 2007 yılında doğum yapan her 10 kadımdan 7'sinin normal yoldan, 3 kadının ise sezeryanla doğum yapmıştır (Tablo-16).

**Tablo-16: Son doğumun yapıılış şekline göre yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Doğumun yapıılış şekli	Sayı	(%)*
Normal yoldan doğum	818	68.3
Sezeryanla doğum	379	31.7
Toplam	1197	100.0

\*sütun yüzdesi

## 3.5. EMZİRME VE BESLENME BİLGİLERİ

### 3.5.1. İlk Emzirmeye Başlama Zamanı ve Emzirmeme Nedenleri

Tablo-17'de bebeğin emzirilme durumu ve ilk emzirilme zamanları görölmektedir. TSM bölgesinde yaşayan bebeklerin %99.2'si bir süre emzirilmiştir. Doğum yapan her 4 anneden 3'ü bebeği doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmiş iken, ilk günden sonra emziren anne oranı %4.7'dir.

**Tablo-17: Bebeğin emzirilme durumu ve doğumdan sonra ilk emzirilme zamanının yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Bebeğin ilk emzirilme zamanı	Sayı	(%)*
Bebeği hiç emzirmeyen anne	9	0.8
İlk bir saat içinde emziren	896	74.9
İlk bir gün içinde emziren	236	19.7
İlk günden sonra emziren	56	4.7
Toplam	1197	100.0

\*Sütun yüzdesi

### 3.5.2 Emzirme ve Ek Gıda Başlama

Araştırmanın yapıldığı tarihteki bebeğin yaşı ay olarak hesaplandı ve bebeğin içinde bulunduğu değil, bitirdiği ay esas yaş olarak alındı. Bebeğin su dışında aldığı, su içeren (şekerli su, çay vb.) ya da katı her gıda ek gıda olarak değerlendirildi.

Tablo-18'de yaşa göre emzirmeyen, sadece anne sütü, su ve diğer ek gıda alan bebeklerin dağılımı görülmektedir. Tablo takip edildiğinde, 6 ay altındaki bebeklerde emzirmeme oranı %3.9 iken, sadece anne sütü alan bebek oranı %13.3'dür. Anne sütü ve suyu birlikte alan bebek oranı %18.4, anne sütü ve ek gıda alan bebek oranı ise %64.4 olarak bulundu.

**Tablo-18: Yaşa göre emzirme ve ek gıdaya başlama durumlarının yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Bebeğin yaşı (ay)	Emzirmeyen**		Sadece anne sütü		Anne sütü ve su		Anne sütü ve ek gıda		Toplam	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
2<	0	0.0	9	60.0	0	0.0	6	40.0	15	100.0
2-3	3	2.7	22	19.8	34	30.6	52	46.8	111	100.0
4-5	10	4.9	13	6.3	27	13.2	155	75.6	205	100.0
6-7	27	12.0	1	0.4	6	2.7	191	84.9	225	100.0
8-9	50	21.4	0	0.0	5	2.1	179	76.1	234	100.0
10+	101	24.8	0	0.0	0	0.0	306	75.2	407	100.0
6<	13	3.9	44	13.3	61	18.4	213	64.4	331	100.0

\* satır yüzdesi. \*\*hiç emzirmeyen bebekleri de içermektedir.

### 3.5.3 Emzirme Eğitimi

Kadınların son doğumlarında aile hekimi, aile sağlığı elemanı ve kadın doğum uzmanından ya da diğer sağlık personelinin (hastane ebe/hemşiresi, toplum sağlığı merkezi personeli ve sağlık evi ebesi) emzirme eğitimi alıp almadığı da soruldu. Kadınların yaklaşık olarak yarısı (%53.6) sağlık personelinin emzirme ile ilgili eğitim almıştır (Tablo-19).

**Tablo-19: Sağlık personelinin verilen emzirme eğitiminin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Emzirme eğitimi	Sayı	(%)*
Evet	642	53.6
Hayır	555	46.4
Toplam	1197	100.0

\*satır yüzdesi

### 3.6. DOĞUM SONU ANNE VE BEBEK İZLEMLERİ

#### 3.6.1. Lohusa Takibi

Tablo-20'de loğusa takipleri görülmektedir. 2 no'lu TSM bölgesinde, 2007 yılında canlı doğum yapmış ve çocukları halen yaşayan annelerin %83.3'ünün loğusa takibi yapılmamıştır.

**Tablo-20: Loğusa izlem sayılarının yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Loğusa izlemleri	Sayı	(%)*
İzlenmeyen loğusa	997	83.3
1	137	11.4
2+	63	5.3
<b>Toplam</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*sütun yüzdesi

#### 3.6.2. Bebek Gelişimi Takibi

Tablo-21'da bebek izlemlerinin yüzde dağılımları görülmektedir. 10 ay ve üzeri bebeklerde; 6 ve üzeri izlem yapılan bebekler %55.5'i oluştururken, hiç izlenmeyen bebek %2.5, bir kez izlenen bebek %4.7, 2-3 kez izlenen bebek %10.1, 4-5 kez izlenen bebek %27.3'dür. Bebek başına düşen izlem ortalaması ise 4.5 ( $\pm 1.9$ ) dir.

**Tablo-21: Yaş gruplarına göre bebek gelişim izlemlerinin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Yaş (ay)	Bebek gelişim takibi										Toplam	
	0		1		2-3		4-5		6+		Sayı	(%)*
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)		
2<	0	0.0	5	33.3	8	53.3	2	13.3	0	0.0	15	100.0
2-3	0	0.0	11	9.9	82	73.9	11	9.9	7	6.3	111	100.0
4-5	8	3.9	7	3.4	80	39.0	99	48.3	11	5.4	205	100.0
6-7	8	3.6	9	4.0	21	9.3	123	54.7	64	28.4	225	100.0
8-9	5	2.1	10	4.3	15	6.4	102	43.6	102	43.6	234	100.0
10+	10	2.5	19	4.7	41	10.1	111	27.3	226	55.5	407	100.0
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>2.6</b>	<b>61</b>	<b>5.1</b>	<b>247</b>	<b>20.6</b>	<b>448</b>	<b>37.4</b>	<b>410</b>	<b>34.3</b>	<b>1197</b>	<b>100.0</b>

\*Satır yüzdesi

#### 3.6.3. Bağışıklama

Araştırmada, bağışıklama verileri doğrudan aşı kartlarından toplandı. Aşı kartında, çocuğun bulunduğu ayda olması gereken aşı/aşılı yoxsa çocuk eksik aşıli olarak kabul edildi. Eğer bebeğin aşı kartı yoxsa aile hekiminden 012A



formu istendi. Formdan aşılardan tam olup olmadığı kontrol edildi ve eksik aşı varsa kaydedildi. Tablo-22 takip edildiğinde, aşı kartı olmayan bebek oranı %2.2 iken, eksik aşıli bebek oranı %1.3 olarak bulundu.

**Tablo-22: Eksik aşı kartı ve aşılardan yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Parametre	Olan		Olmayan	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Aşı kartı	1171	97.8	26	2.2
Tam aşıli	1176	98.7	15	1.3

\*sıra yüzdesi

#### 3.6.4. Topuk Kan Örneği

Tablo-23'de topuk kanı alınma oranları görülmektedir. Tablo izlendiğinde, 2007 yılında doğan bebeklerin %6.0'ından topuk kanı alınmamıştır.

**Tablo-23: Topuk kan örneklerinin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Topuk kanı	Sayı	(%)*
Alınan	1125	94.0
Alınmayan	72	6.0
Toplam	1197	100.0

\*sütun yüzdesi

#### 3.7. SAĞLIK EĞİTİMİ

Çalışmada kadınlara aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından aşı ile korunabilir hastalıklar, ishal ve göbek bakımı eğitimi verilir vermediği de soruldu. Tablo-24'de eğitimi verilen konunun yüzde dağılımları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, annelerin %73.9'una aşı ile önlenebilen hastalıklarla ilgili bilgi verilmişken, her 10 kadından ikisine göbek bakım eğitimi ve %18.8 anneye ise ishal eğitimi verilmiştir.

**Tablo-24: Aile hekimi ve aile sağlığı elemanınca verilen sağlık eğitim hizmetlerinin yüzde dağılımı (Adıyaman 2 No'lu TSM, 2008)**

Eğitim konusu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Aşı ile önlenebilen hastalıklar	885	73.9	312	26.1	1197	100.0
Çocuklarda ishal	225	18.8	972	81.2	1197	100.0
Göbek bakımı	241	20.1	956	79.9	1197	100.0

\*sıra yüzdesi

**Kaynaklar**

- 1 HÜNEE. (2003) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara 2005.
- 2 CBÜ. (2007) Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması. CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Manisa 2007.
- 3 Vaughan J.P., Morrow R.H. Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı (Çevirenler: Bertan M., Enünlü T.). Dünya Sağlık Örgütü, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara 1995.
- 4 Haýran O., Sur H., Saęlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayın, İstanbul 1998.

## DÜZCE'DEKİ ÖLÜ DOĞUMLARIN VE BEBEK ÖLÜMLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Nasır NESANIR

Düzce Sağlık Müdürlüğü

### Giriş

Bebek ölümleri, sağlık hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve ileriye yönelik sağlık politikaların belirlenmesi yanı sıra kişilerin sosyoekonomik durumu ile yakından ilişkili bir göstergedir. Bu açıdan bakıldığında sağlıktaki eşitsizlikleri ortaya koymak için önemli bir göstergedir.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunda birinci basamakta sosyalleştirmeden aile hekimliği uygulamasına doğru bir geçiş yaşanmaktadır.. 15.09.2005 tarihinde Düzce bu geçişi yaşayan ilk il olmuştur.

Bu çalışmada ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin uygulama öncesi ve özellikle sonrasına dair sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve bunun sonucunda yeni uygulamadan kaynaklanan sorunları saptamak, sosyoekonomik düzeyin ölü doğum ve bebek ölümü üzerine etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 01 Ocak 2005 ve 31 Aralık 2008 tarihleri arasında Düzce'de yaşanan ölü doğum ve bebek ölümlerin tamamını kapsayan kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın bu aşamasında 01 Ocak 2005 tarihinden başlayarak 31 Mayıs 2008 tarihe kadar Düzce'de meydana gelen ölü doğum ve bebek ölümleri sunulmuştur. Sağlık müdürlüğü ve hastane kayıtlarına göre aynı tarihler arasında 188 ölü doğum ve bebek ölümü olmuştur (38 ölü doğum, 150 bebek ölümü).

Çalışmada sosyal sınıf, sağlık güvencesi, ebeveyn eğitim durumu, akraba evliliği, kan uyumsuzluğu, annenin kronik hastalığı, isteyerek düşük, kendiliğinden düşük, şu an gebe olup olmadığı, kaç kez gebe kaldığı, yaşayan toplam çocuk sayısı, üreme sağlığı, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun ve bu hizmetlerin hangi kurum ve kişiler tarafından ne şekil de verildiği, doğumun yapıldığı yer, doğumu yaptıran kişi, gebelik tetanoz bulaşıklanması, bebek izlem durumu, ölü doğumların ve bebek ölümlerinin nedenleri sorgulanmıştır.

2005-2007 yılları arasında olan ölü doğum ve bebek ölümlerin sayılarının yanı sıra canlı doğum sayıları sağlık müdürlüğünden alınarak ölü doğum ve bebek ölüm (erken, geç,postneonatal) hızları yıllara ve ilçelere göre hesaplanmıştır. Çalışmaya katılmayan 25 annenin ölü doğumlarının ve bebek ölümlerinin nedenleri ve ölüm günü verileri olduğu için ölü doğum ve bebek ölüm hızı ölü doğumlar ve bebek ölümlerinin tamamı üzerinden hesaplanmıştır.

Sağlık müdürlüğü tarafından annelere yüz yüze anket uygulamak üzere merkez toplum sağlığında iki, her bir ilçe toplum sağlığı merkezinde bir ebe görevlendirilmiştir. Anketi uygulamadan önce ebelere iki günlük bir eğitim verilmiştir. Sonra merkezdeki beş anneye anket uygulanmış buna göre değişiklikler yapılarak annelerin tamamına anketin yeni biçimi 10 Nisan 2008 tarihinde uygulanmaya başlamıştır.. 01 Ocak 2005 ve 31 Mayıs 2008 tarihleri arasında ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 86.7 (163 anne)'si çalışmaya katılmıştır. Annelerin % 11.2 (21anne)'si adresinde bulunamamış, % 2.1(4 anne )'i ise çalışmaya katılmayı redd etmiştir Yerleşim merkezlerine göre çalışmaya katılım, merkezde % 89.2. Cumayeri ve Çilimli'de % 100. Gölyaka'da % 70 olmuştur.. Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin yıllara göre çalışmaya katılımı % 74.5 ile 2005'te en düşük: % 98.3 ile 2007'de en yüksek olmuştur. Adres değişikliğinden dolayı ulaşılamamanın en yüksek olduğu yerleşim merkezi % 30 ile Gölyaka'dır. Çalışmaya katılmayı istememenin en yüksek olduğu yerleşim birimi % 9.1 ile Akçakoca'dır (Tablo 1).

**Tablo 1. Ölü Doğum ve Ölen Bebeği Olan Annelerin Yerleşim Merkezi ve Yıllara Göre Çalışmaya Katılma Durumu**

Ölü doğum ve bebek ölümünün olduğu yerleşim merkezi	Çalışmaya katıldı (n=163)	Adres değişikliğinden dolayı ulaşılamadı (n=21)	Çalışmaya katılmadı (n=4)	Toplam* (n=188)
	%			
Merkez (n=112)	89.3	9.0	1.7	59.6
Akçakoca(n=11)	81.8	9.1	9.1	5.9
Cumayeri(n=8)	100.0	0.0	0.0	4.3
Çilimli(n=5)	100.0	0.0	0.0	2.7
Kaynaşlı (n=12)	75.0	16.7	8.3	6.4
Yığılca(n=25)	92.0	4.0	4.0	13.3
Gölyaka(n=10)	70.0	30.0	0.0	5.3
Gümüşova (n=5)	80.0	20.0	0.0	2.7
Toplam (n=188)	86.7	11.2	2.1	100.0
Ölü doğum ve bebek ölümünün olduğu yıl				
2005 (n=47)	74.5	19.1	6.4	25.0

\*sütun yüzdesi \*\*31 Mayıs 2008'e kadar olan ölü doğumlar ve bebek ölümleri

Araştırmada toplanan veriler SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Ailelerin Sosyal Sınıfı, Sağlık Sigortası ve Eğitim Durumları

		n	%
<b>Sosyal sınıf*</b>	İssiz	8	4,9
	Niteliksiz hizmet işçisi	95	58,3
	Mavi yakalı işçi	5	3,1
	Beyaz yakalı işçi	6	3,7
	Küçük esnaf	28	17,2
	Yüksek miktardaki ücretli	1	0,6
	Yüksek miktardaki kendi hesabına	0	0,0
	Küçük işveren	0	0,0
	Orta işveren	0	0,0
	Büyük işveren	0	0,0
	Kapitalist çiftçi	0	0,0
	Zengin çiftçi	0	0,0
	Zengin köylü	0	0,0
	Orta köylü	0	0,0
	Yoksul köylü	14	8,6
	Tarım işçisi	6	3,7
	Rantive	0	0,0
<b>Ailenin sağlık sigortası durumu</b>	Sağlık sigortası yok	19	11,7
	SSK	84	51,5
	Bağ-Kur	19	11,7
	Emekli Sandığı	6	3,7
	Yeşil kart	35	21,5
<b>Baba eğitimi</b>	Okur yazar değil	2	1,2
	İlkokul terk	2	1,2
	İlkokul mezunu	88	54,0
	Ortaokul terk	11	6,7
	Ortaokul mezunu	17	10,4
	Lise terk	4	2,4
	Lise Mezunu	30	18,4
	Üniversite terk	2	1,2
Üniversite mezunu ve üstü	7	4,3	
<b>Anne eğitimi</b>	Okur yazar değil	5	3,1
	İlkokul terk	9	5,6
	İlkokul mezunu	102	62,6
	Ortaokul terk	5	3,1
	Ortaokul mezunu	19	11,7
	Lise terk	3	1,8
	Lise mezunu	16	9,8
	Üniversite terk	4	2,5
Üniversite mezunu ve üstü	5	3,1	
<b>Toplam</b>		163	100,0

\*Prof. Dr. Korkut Boratav'ın sosyal sınıf şeması

Sosyal sınıf açısından ölü doğum ve bebek ölümü olan 163 ailenin % 58.3'ü niteliksiz hizmet işçisi, % 17.2'si küçük esnaf ve % 8.6'sı yoksul çiftçidir. Ölü doğum ve bebek ölümü olan ailelerin % 51.5'inin sağlık güvencesi SSK'dır. Ölü doğum ve bebek ölümü olan ailelerin % 63.1'inde babaların eğitim düzeyi ortaokul ve altıdır. Annelerin ise % 78.5'inin eğitim düzeyi ortaokul ve altıdır (Tablo 2).

Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 13.5'i doğum yaptığında 16-20, % 11.4'ü 36-44 yaş grubundadır. Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 84'ünün eşleri ile akrabalığı ve % 89.6'sının eşleri ile kan uyumsuzlukları yoktur. Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin doğum yaptıklarında yaş ortalaması  $27.2 \pm 6.0$ ' dir.

Annelerin % 13.6'sında kronik hastalık vardır. En sık görülen kronik hastalıklar sırası ile % 5.52'sinde guatr, % 3.7'sinde diyabet ve % 1.8'inde hipertansiyondur.

**Tablo 3. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Doğurganlık Bilgileri**

		n	%
<b>Kendiliğinden ya da kendi çabası ile düşük</b>	Hiç olmadı	121	74,2
	1	32	19,6
	2	6	3,7
	3 ve üstü	4	2,4
	İsteyerek düşük	Hiç olmadı	141
	1	19	11,7
	2	3	1,8
	3 ve üstü	0	0,0
<b>Ölü doğum</b>	Hiç olmadı	114	69,9
	1	44	27,0
	2	5	3,1
	3 ve üstü	0	0,0
<b>Bebek ölümü olan anneler</b>	1	150	92,0
	2	11	6,7
	3	1	0,6
	4	1	0,6
	<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	yok	33
1		73	44,8
2		34	20,9
3		14	8,6
4 ve üstü		9	5,5
<b>Toplam gebelik sayısı</b>	1	15	9,2
	2	46	28,2
	3	30	18,4
	4	32	19,6
	5	21	12,9
	6 ve üstü	19	11,1
<b>Toplam</b>		163	100,0

Annelerin % 74.2'sinin kendiliğinden ya da kendi çabası ile düşüğü, % 86.5'inin isteyerek düşüğü, % 69.9'unun ölü doğumu yoktur. Annelerin % 7.9'unun iki ve daha fazla ölü doğumu, % 14.1'inin 3 yaş ve üstü yaşayan çocuğu, % 52.0'inin 3 ve üstü gebeliği olmuştur (Tablo 3).

**Tablo 4. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Aile Hekimlerini**

		Evet	Hayır
Aile hekimi ve aile sağlığı elemanını tanıma ve ev ziyareti durumu	Aile hekimi tanıyor musunuz	91,4	8,6
	Aile sağlığı elemanını tanıyor musunuz	89,0	11,0
	Aile hekimi sizi hiç evde ziyaret etti mi	9,2	90,8
	Aile sağlığı elemanı sizi hiç evde ziyaret etti mi	11,0	89,0
Aile hekimine başka hangi nedenlerle başvurduunuz	Muayene olmak	85,3	14,7
	İlaç yazdırmak	34,4	65,6
	Hastaneye sevk almak	10,4	89,6
	Bebegın aşısı	38,0	62,0
	Bebegın gelişiminin kontrolü	36,2	63,8
	Gebelik kontrolleri	79,8	20,2
Aile hekimi ya da aile sağlığı elemanınız size şu konularda bilgi verdi mi	Aile planlaması yöntem danışmanlığı	27,0	73,0
	Bebegın göbek bakımı	25,2	74,8
	İshal	23,3	76,7
	Aşı ve aşının önlediğı hastalıklar	25,2	74,8
	Emzirme ve ek besin eğitimi	53,4	46,6

Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin 163 % 91.4'ü aile hekimini, % 90.8'i aile sağlığı elemanını tanıdıklarını belirtirken % 9.2'si aile hekiminin, % 11.0'ı aile sağlığı elemanının ev ziyaretinde bulunduğunu belirtmiştir. Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin aile hekimine başka nedenlerden dolayı başvurmasında % 85.3 ile muayene olmak ilk sırada yer almaktadır. Annelerin % 25.2'si bebeğın göbek bakımı, % 23.3'ü ishal, % 25.2'si aşı ve aşının önlediğı hastalıklar, % 53.4'ü emzirme ve ek besin için aile hekimi ya da aile sağlığı elemanından eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 4).

**Tablo 5. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Gebelikleri Sürecince Yapılan İzlem Sayıları, 2005-2008\***

Gebelik dönemi izlem sayısı	İzlem yapan sağlık personelinin izlem sayıları			
	Kadın doğum uzmanı	Aile hekimi	Aile sağlığı elemanı	Toplam
	%			
İzlem yapılmamış	15,3	31,3	30,1	6,1
1	10,4	8,0	6,7	3,1
2	12,3	6,1	6,7	5,5
3	11,0	10,4	9,8	3,7
4	14,7	7,4	8,0	7,4
5	10,4	14,7	13,5	4,9
6	16,0	14,7	16,6	6,7
7-9	6,1	6,1	7,3	11,7
10 ve üzeri izlem	3,6	1,2	1,2	5,1
<b>Toplam</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Kişi sayısı</b>	163	163	163	163
<b>Ortalama±ss (minimum-maksimum)</b>	3,6±2,3 (0-18)	2,9±2,6 (0-10)	3,1±2,6 (0-10)	3,7±2,7 (0-21)

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

\*15.09.2005 tarihinde aile hekimliğine geçildi. 2008 yılı verileri 01.01.2005 ile 31.05.2008 tarihine kadar olan ölü doğum ve bebek ölümlerini kapsamaktadır.

2005-2008 yılları arasında ölü doğum ve bebek ölümü olan 163 annenin % 15.3'ü kadın doğum uzmanı tarafından izlenmemiştir. İzlenmeme oranı aile hekimi için % 31.3, aile sağlığı elemanı için % 30.1'dir. 2005-2008 yılları arasında ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin kadın doğum uzmanı tarafından ortalama izlem sayısı 3.6'dır. Ortalama izlem sayısı aile hekimi için 2.9, aile sağlığı elemanı için 3.1'dir (Tablo 5).

2006-2008 yılları arasında ölü doğum ve bebek ölümü olan 163 annenin % 14.8'i kadın doğum uzmanı tarafından izlenmemiştir. Bu yıllarda izlenmeme oranı aile hekimi için %14.1, aile sağlığı elemanı için %13.3'tür. 2006-2008 yılları arasında ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin kadın doğum uzmanı tarafından ortalama izlem sayısı 3.7'dir. Ortalama izlem sayısı aile hekimi için 3.7, aile sağlığı elemanı için 3.9'dur (Tablo 6).

**Tablo 6. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Gebelikleri Sürecince Yapılan İzlem Sayıları ,2006-2008\***

Gebelik dönemi izlem sayısı	İzlem yapan sağlık personelinin izlem sayıları			
	Kadın doğum uzmanı	Aile hekimi	Aile sağlığı elemanı	Toplam
	%			
<b>İzlem yapılmamış</b>	14.8	14.1	13.3	3.1
<b>1</b>	10.9	9.4	7.8	1.6
<b>2</b>	11.7	7.0	7.0	3.9
<b>3</b>	10.9	13.3	12.5	2.3
<b>4</b>	12.5	9.4	10.2	3.1
<b>5</b>	10.9	18.8	17.2	3.9
<b>6</b>	17.5	18.8	21.1	3.9
<b>7-9</b>	6.3	7.8	9.4	13.3
<b>10 ve üzeri izlem</b>	4.7	1.6	1.6	59.4
<b>Toplam</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Kişi sayısı</b>	128	128	128	128
<b>Ortalama±ss (minimum-maksimum)</b>	3.7±3.0 (0-18)	3.7±2.4 (0-10)	3.9±2.4 (0-10)	11.5±6.2 (0-31)

\* 2008 yılı verileri 01.01.2005 ile 31.05.2008 tarihine kadar olan ölü doğum ve bebek ölümlerini kapsamaktadır.



**Tablo 7. Yıllara Göre Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Kadın Doğum Uzmanına ve Aile Sağlığı Elemanına Başvurma Durumu\***

<b>Yıllara göre kadın doğum uzmanına başvurma</b>	<b>İyeyi</b>	<b>Hayır</b>
2005 (n=35)	85,7	14,3
2006(n=44)	79,5	20,5
2007(n=58)	82,8	17,2
2008(n=26)	100,0	0,0
<b>Toplam (n=163)</b>	<b>85,3</b>	<b>14,7</b>
<b>Yıllara göre aile hekimine başvurma</b>		
2005 (n=35)	5,7	94,3
2006(n=44)	81,8	18,2
2007(n=58)	93,1	6,9
2008(n=26)	76,9	23,1
<b>Toplam (n=163)</b>	<b>68,7</b>	<b>31,3</b>
<b>Yıllara göre aile sağlığı elemanına başvurma</b>		
2005 (n=35)	8,6	91,4
2006(n=44)	81,8	18,2
2007(n=58)	93,1	6,9
2008(n=26)	80,8	19,2
<b>Toplam (n=163)</b>	<b>69,9</b>	<b>30,1</b>

\*2008 yılı verileri 31.05.2008 tarihine kadar olan ölü doğum ve bebek ölümlerini kapsamaktadır.

2005 yılında ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 85,7'si . 2008 yılında % 100'ü kadın doğum uzmanı tarafından izlenmiştir. Annelerin 2005'te aile hekimi tarafından izlenme oranı % 5,1. 2008'de %76,9'dur. Aynı yıllarda aile sağlığı elemanları tarafından izlenme oranları sırasıyla % 8,6 ve % 80,8'dir (Tablo 7 ). 2005 yılında ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 60'ı ne sağlık ocağı hekimi ne de sağlık ocağı ebesi tarafından izlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. 2005 Yılında Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Gebelikleri Sürecince Yapılan İzlem Sayıları \*

Gebelik dönemi izlem sayısı	İzlem yapan sağlık personelinin izlem sayıları	
	Sağlık ocağı Hekimi	Sağlık ocağı ebesi
	%	
<b>İzlem yapılmamış</b>	60,0	60,0
<b>1</b>	17,1	2,9
<b>2</b>	2,9	8,6
<b>3</b>	2,9	17,1
<b>4</b>	0,0	2,9
<b>5</b>	0,0	2,9
<b>6</b>	11,4	2,9
<b>7</b>	5,7	2,9
<b>Toplam</b>	100,0	100,0
<b>Kişi sayısı</b>	35	35
<b>Ortalama±ss (minimum-maksimum)</b>	1,4±2,3 (0-7)	1,3±1,9 (0-7)

\* 15.09.2005 tarihinde aile hekimliğine geçildi.

Tablo 9. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Doğum Öncesi Kontrollerinde Yapılan İşlemler (n=163)

Gebelikte Yapılan İşlemler	Evet	Hayır
	%	
Tartıldı mı	94,5	5,5
Boyu ölçüldü mü	72,4	27,6
Tansiyon ölçümü	95,7	4,3
Kan tahlili	90,8	9,2
İdrar tahlili	87,7	12,3
Karının ölçülmesi	87,1	12,9
Bebeg'in kalp atışı	92,6	7,4
Ultrason bakımı	80,4	19,6

Doğum öncesinde, ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 94,5'inin tansiyon ölçümü, % 90,8'inin kan tahlili ve % 87,1'inin idrar tahlili yapılmıştır (Tablo 9).

**Tablo 10. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Bebeklerinin İzlemi, Tetanoz Aşısı Yapılma ve Lohusa İzlem Durumu**

		n	%
<b>Annelerin tetanoz aşısı olma durumu</b>	Tetanoz aşısı olmadı	24	12,9
	1	59	36,2
	2	73	44,8
	3	3	1,8
	4	1	0,6
	5	6	3,7
<b>Lohusa takip durumu</b>	Lohusa izlemi hiç olmadı	119	73,0
	1	25	15,3
	2	12	7,4
	3	5	3,1
	4	1	0,6
	5	1	0,6
<b>Toplam:</b>		<b>163</b>	<b>100,0</b>

Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 73,9'unun lohusa izlemi ve % 81,6'sının bebeklerinin izlemi yapılmamıştır. Annelerin % 44,8'ine iki doz tetanoz aşısı yapılmıştır (Tablo 10).

**Tablo 11. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Bebeklerinin İzlem Durumu**

<b>Bebek İzlem Durumu</b>	n	%
Bebek izlemi hiç olmadı	100	76,9
1	8	6,2
2	6	4,6
3	10	7,7
5	2	1,5
6	3	2,3
9	1	0,8
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>
<b>Bebeklerin yaşam gününe göre izlem durumu</b>		
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>Bebeklerin ölüm aralığı</b>	<b>%</b>	
0 gün (n=24)	0,0	100,0

1-2 gün(n=23)	13,0	87,0
3-6 gün(n=20)	15,0	85,0
7-28 gün(n=26)	7,7	92,7
29-365 gün(n=37)	73,0	27,0
<b>Toplam (n=130)</b>	<b>26,9</b>	<b>73,1</b>

Ölen 130 bebeğin % 2.3'ü 6 kere izlenmiştir. 29-365 gün arasındaki bebeklerin % 73.0'ı izlenmiştir (Tablo 11).

**Tablo 12. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Bu Gebeliği İsteme ve Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu**

<b>Bu gebeliği isteme durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İstemiş	121	74,2
Daha sonra istemiş	30	18,4
Hiç istememiş	12	7,4
<b>Gebe kalmadan önce aile planlaması yöntemi hakkında bilgi verildi mi</b>		
Evet	52	31,9
Hayır	111	68,1
<b>Gebelikte sağlık personeline başvurdu mu</b>		
Evet	158	96,9
Hayır	5	3,1
<b>İki gebelik arasındaki süre</b>		
2 yıl ve altı	63	38,7
2 yıl üstü	100	61,3
<b>Şu an gebelik var mı</b>		
Evet	15	9,2
Hayır	148	90,8
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 74.2'si bu gebeliğini istemiş, % 31.9'una aile planlaması hakkında bilgi verilmiş, % 96.9'u gebelikte sağlık personeline başvurmuştur. Ölü doğum ve bebek ölümü olan annelerin % 38.7'sinin bir önceki gebeliği arasındaki süre iki yıl ve altındadır. Aynı annelerin % 9.2'si şu an tekrar gebedir (Tablo 12).

Tablo 13. Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Olan Annelerin Doğum Süreci

Doğum Şekli	n	%
Normal	98	60,1
Sezaryen	65	39,9
<b>Bebegın cinsiyeti</b>		
Erkek	88	54,0
Kadın	75	46,0
<b>Doğumun yapıldığı yer</b>		
Ev	1	2,
Kamu hastanesi	113	69,3
Özel hastane	0	3,7
Sağlık ocağı	38	23,3
Üniversite hastanesi	2	1,2
<b>Doğuma kimin yardımcı olduğu</b>		
Doktor	113	69,3
Ebe/Hemşire	46	28,2
Komşu/Akraba	1	0,6
Kendi kendisine	3	1,8
<b>Doğumda bebek tartıldı mı</b>		
Evet	159	97,5
Hayır	1	2,5
<b>Toplam</b>	163	100,0
<b>Ölü doğum ve bebek ölüm zamanı (n= 188)*</b>		
0 gün	66	35,1
1-2 gün	26	13,8
3-6 gün	23	12,2
7-28 gün	31	16,5
29,36-1 gün	12	22,3
<b>Toplam</b>	163	100,0

\*Elimizde çalışmaya katılmayan annelerin ölü doğum ve bebek ölüm tarihleri mevcuttu.

Ölü doğan ve ölen bebeklerin % 54,2'sinin cinsiyeti erkektir. % 97,5'i doğumda tartılmıştır. % 35,1'i ilk gün ölmüştür. Doğumların % 69,3'ü kamu hastanesinde doktor tarafından yapılmıştır (Tablo 13). Evde doğum yapanların tamamı (4 kişi) doğumları ani olduğu için evde yaptıklarını belirtmişlerdir. En kısa yaşama süresi 0, en yüksek yaşama süresi 335 gündür. Ölü doğan ve ölen bebeklerin yaşam süresi ortalama±ss 35,2±69,8 gündür.

Tablo 14. Ölü Doğan ve Ölen Bebeklerin Doğum Ağırlığı ve Annelerinin Gebelik Süresi

Sağlık kurumuna ya da sağlık personeline ilk başvurunuzda kaç aylık gebe idiniz*	n	%
0-5 hafta	31	19,4
6-10 hafta	60	37,5
11-12 hafta	32	20,0
13-16 hafta	19	11,9
17-20 hafta	14	8,7
21-40 hafta	4	2,4
<b>Gebelik süresi</b>		
22-24 hafta	18	11,0
25-30 hafta	25	15,3
31-33 hafta	15	9,2
34-36 hafta	15	9,2
37-40 hafta	88	54,0
41-42 hafta	2	1,2
<b>Doğum Ağırlığı**</b>		
600 - 1000 gr	29	18,2
1001 - 2000 gr	28	17,6
2001 - 2500 gr	19	11,9
2501 - 3000 gr	37	23,3
3001 - 3500 gr	31	19,5
3501 - 5000 gr	15	9,4
Toplam	163	100,0

\*üç kişinin verisi yoktur \*\*dört kişinin verisi yoktur.

Sağlık kurumuna ya da sağlık personeline ilk başvurduğunda annelerin % 23'ü 13 hafta ve üzerinde gebedir. Annelerin % 44,8'inin doğum süresi 36 hafta ve altındadır (Tablo 14). Ölü doğan ve ölen bebeklerin doğumdaki ağırlığı ortalama±ss 2374±1074 gram, annelerin ortalama±ss doğum haftası 34,6±6,1'dir.

**Tablo 15. Düzce'de Yıllara ve Yerleşim Birimlerine Göre Ölü Doğum ve Bebek Ölümü Hızlarının Dağılımı (binde)\***

	2005	2006	2007
Ölü Doğum Hızı	2,3	1,2	2,6
Erken neonatal ölüm hızı (0-7 gün)	5,2	4,7	4,5
Geç neonatal ölüm hızı (8-28)	1,4	2,3	2,0
Post neonatal ölüm hızı (29-365 gün)	2,1	3,4	2,0
Bebek ölüm hızı (0-365 gün)	8,8	10,8	9,3
<b>Bebek Ölüm Hızının İlçelere Göre Dağılımı</b>			
	2005	2006	2007
Merkez	5,5	6,2	5,3
Akçukoca	2,5	9,0	4,6
Cumayeri	5,0	5,3	20,4
Çiftlik	10,0	8,0	7,0
Çobayak	12,0	4,0	7,6
Cümüşova	5,6	9,8	10,6
Kaynaşlı	10,6	8,8	11,2
Yığılca	20,0	28,8	15,0

\*Çalışmaya katılmayan annelerin ölü doğum ve bebek ölümlerin doğum ve ölüm tarihi verileri elimizde olduğu için bunlar hızların hesaplanmasında kullanılmıştır.

Düzce'de ölü doğum hızı 2005'te binde 2.3, 2006'da binde 1.2 ve 2007'de binde 2.6'dır. Düzce'de bebek ölüm hızı 2005'te binde 8.8, 2006'da binde 10.8 ve 2007'de binde 9.3'tür. Düzce merkezde bebek ölüm hızı 2005'te binde 5.5, 2006'da binde 6.2 ve 2007'de binde 5.3'tür. Düzce Yığılca'da bebek ölüm hızı 2005'te binde 20.0, 2006'da binde 28.8 ve 2007'de binde 15.0'dır (Tablo 15).

**Tablo 16. Düzce’de Meydana Gelen Ölü Doğum ve Bebek Ölüm Nedenlerinin Ölü Doğum ve Ölüm Hızlarının Dönemlerine Göre Dağılımı\***

Ölüm Nedeni**	0 gün (n=66)	1-2 gün (n=26)	3-6 gün (n=23)	7-28 gün (n=30)	29-365 gün (n=43)	Toplam (n=188)
Masere ölü doğum	47,5	0,0	0,0	0,0	0,0	17,0
Taze ölü doğum	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2
Doğum travması	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0	0,5
Konjenital anomali	10,6	15,4	8,7	10,0	11,6	11,2
Konjenital kalp hastalığı	0,0	7,7	17,4	20,0	23,3	11,7
Prematüre	22,7	42,3	43,5	50,0	7,0	28,7
Perinatal asfiksi	3,0	19,2	4,3			4,3
ASYE	0,0	0,0	0,0	6,7	7,0	2,7
Menenjit	0,0	0,0	0,0	3,3	2,3	1,0
İshal	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,5
Sepsis	0,0		4,3	3,3	14,0	4,3
Ölüm nedeni belli değil	6,1	15,4	17,4	6,7	32,6	14,9
Toplam (n=188)	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*sütun yüzdesi, \*\*çalışmaya katılmayan annelerin ölü doğum ve bebek ölüm kayıtları elimizde olduğu için tabloya ölüm nedeni verileri eklenmiştir.

Ölümlerin 0 günde % 47,5’i masere ölü doğum, 1-2 günde % 42,3’ü prematüre, 3-9 günde % 43,5’i prematüre, 7-28 günde % 50,0’i prematüredir. 29-365 gün arası ölümlerin % 32,6’sının nedeni belli değildir (Tablo 16).

#### Sonuç Yerine

Ailenin sosyoekonomik düzeyi ölü doğum ve bebek ölümleri üzerinde etkilidir. Kadınların ancak üçte birine aile planlaması hizmeti verilmesi ve gebeliklerin yaklaşık dörtte birinin istenmeden olması aile planlaması hizmetlerinde sorunlar olduğunu göstermektedir.

#### Teşekkür

Çalışmaya katkılarından dolayı Düzce Sağlık Müdürü Dr. Bahattin İter, Düzce AÇS-AP Şube Müdürü Dr. Emel Oğuz’a, Adıyaman 2. No’lu Toplum Sağlığı Sorumlu Tabibi Dr. Binali Çatak’a, Düzce Sağlık müdürlüğünde görevli Kadriye Taşkaya, Nesrin Doğan’a ve Düzce Toplum Sağlığı merkezlerinde çalışan Ayşegül Kaya, Zuhul Eroğlu, Evrim Kahraman, Rukiye Cesur, Gönül Bademlik, Ayşe Dursun Sezgin, Bircan Türedi, Nurhan Şengül ve Semra Demirel’e teşekkür ederim.



## DÜNYA'DAKİ GELİŞMELER IŞIĞINDA "TEK TIP TEK SAĞLIK" KONSEPTİ

**Arzu TEMİZYÜREK**

Veteriner Hekim

İzmir Veteriner Hekimler Odası Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu Üyesi

### Giriş:

Tıp insan sağlığının sürdürülmesi ya da bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesi için uğraşan hastalıklara tanı koyma, hastalıkları sağaltma, hastalık ve yaralanmalardan korumaya yönelik çalışmalarda bulunan bünyesinde insan ve veteriner tıbbi olmak üzere farklı disiplin alanları bulunduran bir bilim dalıdır. Hekimlik, eski adıyla tabip, şimdiki adı ile "Doktor"luk, tıp bilimi ile uğraşan insanı en doğru şekilde anlayarak ona en zararsızca "yararlı" olmayı hedefleyen hastalarının sağlığına kavuşması için ne gerekirse yapan bir meslektir. Hekimlik mesleği tıbbın bünyesinde bulunduğumuz farklı disiplin alanları nedeniyle insan ve hayvan hekimliği olarak ikiye ayrılır. Son yıllarda hayvan kaynaklı hastalıkların tekrar eden bir biçimde ortaya çıkması; bunların tüm dünyada insan sağlığında olduğu kadar evcil hayvanların sağlığına da etkilemesi, hem yerel ekonomileri hem de evrensel ekonomileri alarına geçirerek insanları çözüm aramaya sevk etmiştir. Çözüm arayışı sırasında halk sağlığı, profilaksi ve hijyen ön plana çıkmıştır. Çağımız salgın hastalıkların en önemlisi konumuna gelen kuş gribi insanlarda pandemi endişesi oluşturması, gelecekte bizleri bekleyen sağlık tehditlerinin önüne geçilmesi adına, dünyanın belirli bölgelerinde hem insan sağlığı ile hem de hayvan sağlığı ile ilişkili olan meslek dalları ortak çalışmaların yürütülmesi kapsamında birbirine biraz daha yaklaştırılmaya çalışılıyor. Son günlerde bu konuda temellerinin daha 1800'lü yıllarda atıldığı "tek tıp/tek sağlık konsepti"nin tekrar gündeme gelmiş ve 2007 yılında ABD'nin Massachusetts eyaleti Boston şehrinde 30 Ekim 2007 tarihinde ve 04 Aralık 2007 tarihinde ise Rhode Island eyaleti Providence şehrinde insan ve veteriner tıbbının hekimlerini "Tek Tıp Tek Sağlık (One Medicine One Health Concept) Konsepti" ile bir araya getirmiştir.

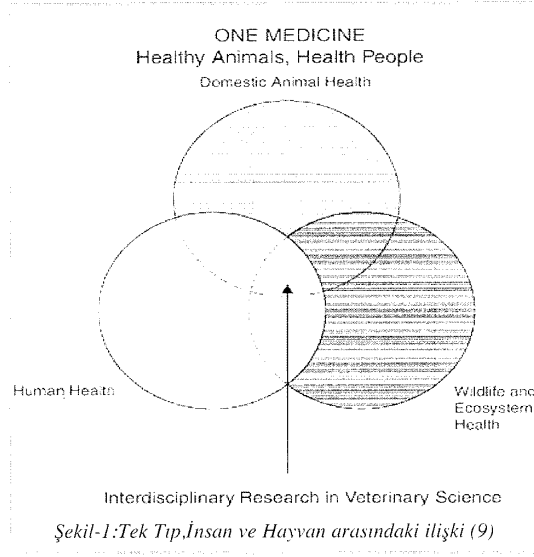
Zoonoz hastalıklar hedef alınarak gerçekleştirilen bu konferanslarda:

- Hem veteriner hem de tıp çevrelerinde zoonoz hastalık bilincinin artırılması
- Risk altında olan populasyon gruplarının eğitilmesinin artırılması
- Veteriner hekimler ile insan hekimleri arasında özellikle kuş gribi, Lyme hastalığı gibi enfeksiyöz hastalıklar konusunda ortaklaşa çalışarak karşılıklı yararların sağlanması.
- Hayvan ve insan hastalıklarının korunmasının geliştirilmesi

konularını ele aldı. Yapılan bu toplantılarda alınan kararlar ve kabul edilen yönergelerde doğrultusunda veteriner hekimler ile insan hekimlerinin özellikle zoonoz hastalıklar konusunda mücadele programlarını hazırlaması ve zoonoz hastalıklar ile ilgili toplum bilincini oluşturması hedef alınarak çalışmalar yasal bir zemine oturtulmaya çalışılmaktadır (1,3,7,8).

### Tek Tıp Tek Sağlık Konsepti:

Adı geçen ve son günlerde dünyanın birçok yerinde bu konuda konferans ve seminerler düzenlendiği "TEK TIP TEK SAĞLIK KONSEPTİ" nedir? Zoonoz hastalıkların dünya üzerinde tehdit edici bir boyuta gelmesi sonucunda tekrar gündeme getirilen bu konseptin henüz tam bir tanımlanması yapılmış değildir. Tek Tıp/Tek Sağlık – One Medicine/One Health terimi: insan ve hayvan sağlığına ve daha çok insanın ekonomik refahına hizmet eden veteriner hekimleri, insan hekimlerini diğer sağlık profesyonellerini kapsamakla birlikte hayvanlardan insanlara aktarılabilen ve halk sağlığı açısından tehdit oluşturan enfeksiyöz hastalıkların kontrolü, yayılımı ve evriminin anlaşılmasını sağlayan bir konsepttir şeklinde tanımlanabilir. Konsept insan ve hayvan tıbbının ilerleme sinin, teknolojilerin ve araştırma



sonuçlarının bir araya getirilerek birbirleriyle örtüşmesine bağlı olduğu görüşü nü savunmaktadır. Tek tıp konseptinin insan ve hayvan sağlığına yaklaşımı; tüm türlerde sağlık problemlerinin çözümüne ilişkin ortak ve aktarılabılır bilgi ilişki sinin kurulmasına yöneliktir. Bu yaklaşım türler arasındaki ortak özelliklerden fayda sağ lamayı amaçlamaktadır. Tek Sağlık Teşebbüsünün amaçlarından bazıları şöyle sı ralanabilir:

- 1) İnsan tıbbı, veteriner tıbbı okulları ile halk sağlığı okullarının eğitim sis temin deki entegrasyonu
- 2) Profesyonel yayımlar, konferanslar ve sağlık örgütleri arasında disiplin ler arası iletişimin geliştirilmesi
- 3) Türler arası hastalık aktarımları üzerinde araştırmaların yapılması
- 4) İnsan, hayvan ve yaban hayvanı hayatı hastalıklarının gözlemele kont rollerinin entegrasyonu
- 5) Hem insan hem de hayvanları etkileyen örneğin; diyabet, kanser, oto im mun hastalıklar ve obezite gibi hastalıklar konusunda karşılaştırmalı a raştırmaların yapılması
- 6) Türler arası hastalıkların kontrolünde ve önlenmesinde yeni teşhis me todlarının, ilaçların ve aşıların değerlendirilmesi ve geliştirilmesi konu sunda akademiler, işletmeler ve hükümetler arasında birlikteliğin sağlan ması
- 7) Halkın ve siyasi liderlerin haberdar edilmesi ve eğitilmesi konusunda birlikte hareket edilmesi.

Konsept 1800' lü yıllarda ilk defa insan hekimi olan ve veteriner hekimlerin bilgi donanımlarına sonsuz bir inancı olan Prof. Dr. Rudolf Virchow; 24 Haziran 1873' te gerçekleştirdiği bir konuşmasında "Ben sadece şunu vurgulayabilirim ki veteriner tıbbı ile insan tıbbı arasında bir bariyer yoktur, olmamalıdır da zaten; bir alanda elde edilen deneyim diğer alanın gelişmesini destekleye cektir" şeklinde açıklamalarda bulunmuş, 27 Haziran 1873' teki bir diğer konuşma sında da Berlin Veteriner Koleji' nin Halk Sağlığı sorumluluğu altında olması ge rektiğini vurgulayarak desteklemiştir. Daha sonraki yıllarda kendisinin öğrencisi o lan Sir William Osler "tek tıp konsepti" terimini ilk defa kullanarak kendisine atfe dilen bu konseptin savunucularından birisi oluyor. Yakın tarihimizde ise 1960' lı yıl larda veteriner hekim Prof. Dr. Calvin Schwabe bu konsepti tekrar gündeme geti riyor fakat çok fazla ilgi görmüyor. Günümüzde ise insan hekimliği ile veteriner he kimlerinin bilgi ve tecrübelerini paylaştıkları tek alan Halk Sağlığı olarak kalmış do layısıyla Halk Sağlığı' nın daha iyi korunması adına; insan tıbbı ile hayvan tıbbı mesleklerinin birbirine yaklaştırılması düşüncesi tekrar "Tek Tıp - Tek Sağlık Konseptini" gündeme getirmiştir (2,4,5,6,9).

**Dünya’da veteriner hekimler ile insan hekimlerinin bir arada çalışmasına yönelik tek sağlık konsepti adı altında şu anda neler yapılıyor?**

Özellikle insan, halk sağlığı ve ekosistem sağlığı ilişkisinin kompleksliği ko nusunda yeterli derecede halk sağlığı personelinin ve yetiştirilmiş eğitilmiş kişilerin eksikliğini karşılamak için,üniversiteler bünyesinde çeşitli eğitim programları ha yata geçirilmeye çalışılmaktadır.Eğitim alanı dışında ise ortak çalışmaların etkinleş tirilmesi adına.insan hekimleri ile veteriner hekimler arasında Amerikan Veteriner Birliği ile Amerikan Tıp Birliği arasında geçtiğimiz yıl bir önerge imzalandı.Şu an da Avrupa ülkeleri de dahil tüm dünya’da iki meslek grubu arasındaki bu önerge örnek gösterilmeye çalışılarak tek tip tek sağlık konsepti tekrar ele alınarak uygun lama alanları oluşturulmaya çalışılıyor.Yasal hale gelen önergede “21.yy’ın kar şılaştığı zorluklar bu iki meslek alanının birlikte çalışmasını gerektirmekte dir” şeklinde bir ifade yer almaktadır(7,8)

Ülkemiz açısından düşündüğümüzde:hem coğrafi koşullar hem de göçün artışı, hayvan ticareti ve en önemlisi eğitim yetersizliği, zoonoz hastalıklara ne ka dar kolay maruz kaldığımızı ve gelecekte daha ne kadar maruz kalacağımız konu sunu ne kadar düşünmek istenmesek de bize hatırlatıyor.Özellikle son za manlar da “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi(KKKA)” gibi zoonoz hastalıklardan dolayı insan ölümleriyle karşılaşmamız.kuşkusuz zoonoz hastalıklar konusunda kaynağı ne olursa olsun etkin tedbirlerin alınmasını gerekli kılıyor.Tek tip tek sağlık konsepti nin ülkemizde de uygulama alanı bulması.özellikle Halk Sağlığı’nın hangi alan larına adapte edilebileceği konusunun tartışılıp gündeme getirilmesi birçok alan da avantajlar getirecektir.Özellikle “Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [Center For Disease Control and Prevention (CDC)]” ve DEFRA gibi enstitüler bünyesinde de ya da üniversiteler bünyesinde tıpkı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi.karşılaştırmalı tıp bölümlerinin kurulmasına ve yine zoonoz hastalıkların önlenmesine özel likle önceden haber veren sistemlerin ve teknolojilerin geliştirilmesinde özel sek törleri de kapsayan farklı birimlerle işbirliği çalışmalarını kolaylaştıracaktır.Ayrıca uluslararası düzeyde sürekli iletişim halin de olabilecek “multidisipliner bir has talık merkezinin” kurulmasına da zemin hazırlayacaktır.Gelişmiş ülkelerde:insan tıbbi ile hayvan tıbbi çevrelerinde bahsi geçen birleşme.veteriner hekimler ile in san hekimlerinin her iki türü de etkileyen hastalıklara ve gelecekte bizleri bekle yen tehditlere karşı.daha yakın bir bakış açısının oluşturularak özellikle “Koruyu cu Hekimlik” kavramının daha da etkinleştirilmesi sonucunda sağlık hizmetleri nin sosyal devlet anlayışı içinde halka sunulmasında multidisipliner genel halk sağlığı hizmetleri açısından ve genel halk sağlığı hizmetleri içinde değerlendirilen ve yer alan veteriner halk sağlığı açısından önemli bir adım olacaktır.

**Kaynaklar**

- 1) Doğan,Ö(2008) Veteriner Hekimliği Tarihinde Hijyen ve Profilaksi.24-26 Ni san 2008.II.Ulusal Vet.Hekimliği Tarihi ve Mesleki Etik Sempozyumu-KON YA
- 2) “Critical Needs for Research in Veterinary Science”. National Research Council of the National Academies,2005.The National Academic Press, Washington , DC.
- 3) Wikipedia.Tıp. www.tr.wikipedia.org w/index.php?title=C%96zel:User:to gın&returnto=T%C4%B1p\_30.06.2008.10:30
- 4) One Medcommentary.pdf. University of Illinois at Urbana Champaign Col lege of Veterinary Medicine By Dr. John Herrmann “Colloquium of on “One Medicine” focuses of the interface of human, animal and public health”
- 5) One Medicine. http://books.nap.edu/openbook.php?record\_id=11366&page=14
- 6) Schwabe,C.W.Veterinary Medicine and Human Health.Second Edition-USA
- 7) Angell Animal Medical Center. “Parasite Control” Seminer notları.30 Ekim 2007. Boston (Massachusetts) ABD
- 8) Rhode Island “Pets People and Pathogens” konferans notları.4 Aralık 2007. Prof vidence (Rode Island). ABD
- 9) Temizyürek.A.(2008) Veteriner Hekimler ile İnsan Hekimleri Tek Sağlık Konseptine Geri Dönüyor. www.izmir-vho.org . www.vethekim.org.tr

## TÜTÜN KONTROLÜNDE GELİNER YER

### Prof. Dr. Nazmi BİLİR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

#### I- Tütün konusunda bazı gerçekler

- tütün kullanımı yaygındır
- dünyada 1.3 milyar kişi sigara içiyor
- Türkiye’de 20 milyon kişi sigara içiyor
- en fazla sigara kullanılan ülkeler Çin, Hindistan, Endonezya
- tütün kullanımı her yıl 5 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır
- önlem alınmazsa 2030 yılında bu sayı 10 milyona çıkacak
- etkili önlemlerle tütün kullanımı azaltılmaktadır
- sigara kullanımı çok büyük ekonomik kaynak kaybına yol açmaktadır
- sigara satın almak için harcanan para Sağlık Bakanlığı bütçesinin 4 katıdır
- ayrıca sigara kullanımına bağlı sağlık sorunları nedeniyle harcamalar

#### II- Dünyada tütün kontrolü konusundaki gelişmeler

Sigara ve tütün ürünlerini kullanmanın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri 50 yılı aşkın zamandan beri bilinmektedir. Sir Richard Doll ve arkadaşları tarafından 1950’li yıllarda yapılan çalışmaların sonuçlarına dayalı olarak 1964 yılında ABD’de Surgeon General sigaranın sağlığa zararlı olduğuna işaret etmiş, 1970 yılında da akciğer kanserinin başlıca nedeni olduğunu ifade etmiştir. Bu şekilde dünyada ilk kez sigara kullanımının zararları ve kontrol edilmesi gereği ortaya atılmış olmaktadır. ABD, Kanada ve diğer gelişmiş ülkelerde çeşitli yasal düzenlemeler yapılmak suretiyle sigara kullanımını azaltılmaya çalışılmış ve bu ülkelerde sigara kullanımında önemli azalmalar sağlanmıştır.

Gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı azalmaya başlayınca nedeniyle sigara endüstrisi ürününü satabilmek için yeni pazarlar arama çabasına başlamıştır. Tütün endüstrisi açısından “pazar” olmaya uygun ülkeler, kalabalık nüfusa sahip olan ve sigara kullanımının henüz çok fazla olmadığı ülkelerdir. Bu şekilde sigara endüstrisi, çoğunlukla düşük ve orta gelirli ülkelere yönelmiştir. Bu ülkelerde henüz sigara kullanımının kontrolü konusunda herhangi bir düzenleme olmadığı için, ülkede sigara reklamının yapılmasında sorun yaşanmamış ve sigara satışları hızla artmıştır. Sonuç olarak gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı azalırken gelişmekte olan ülkelerde zaman içinde sigara kullanımında ciddi artışlar meydana gelmiştir.

Gelişmekte olan ülkeler zaten ekonomik olarak güçlü olmadıklarından sigara kullanımının artması bu ülkelere ek ekonomik yük getirmiştir. Bu arada, gelişmekte olan ülkelerde yapılan başarılı uygulamalar sonucunda sigara kullanımının azaltılabildiği de saptanmıştır. Bu gelişmelerin ışığında bu olumsuz tabloyu değiştirmek amacı ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC) hazırlamıştır. DSÖ, kendi tarihinde ilk kez olmak üzere Sözleşme şeklinde bir düzenleme yapmıştır. Bu Sözleşme DSÖ’nün 2003 yılındaki Genel Kurulunda oybirliği ile kabul edilmiş ve üye ülkelerin pek çoğu tarafından benimsenerek parlamentolarında onaylanmış ve yasa niteliği kazanmıştır.

DSÖ 2008 yılında da Çerçeve Sözleşmenin uygulanmasını güçlendirmek amacı ile yeni bir girişim başlatmıştır. MPOWER paketi olarak adlandırılan bu girişim başlıca 5 ana uygulamadan oluşmaktadır. Bu uygulamalara ilişkin sözcüklerin ilk harfleri POWER (güç, kuvvet) sözcüğünü oluşturmaktadır:

- Protect people from tobacco smoke
- Offer help to quit tobacco use

Warn about the dangers of tobacco

Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship

Raise taxes on tobacco

Böylelikle DSÖ üye ülkelere pasif etkilenimin önlenmesinden sigara fiyatının artırılmasına kadar çeşitli konularda yol gösterici bir rehber hazırlamıştır. Ayrıca bu uygulamaların sürekli olarak izleme-değerlendirmesinin yapılması anlamında "Monitoring" kavramı (Monitor tobacco use and prevention policies) eklenmiş, böylelikle MPOWER paketi oluşturulmuştur. DSÖ tarafından MPOWER paketi içinde yer alan uygulamaların yaşama geçirilmesini kolaylaştırmak amacı ile de bir proje planlanmıştır. Bu projeye göre paketdeki her bir ögenin matematik modelleme yöntemi ile etkisi incelenmek suretiyle üye ülkelerin benimseyip kullanmaları için yol gösterici sonuçlar ortaya konacaktır.

### III- Türkiye'de tütün kontrolü konusundaki gelişmeler

Türkiye'de tütün kullanımının zararları konusunda oldukça eski yıllarda dikkat çekilmiştir. Peyami Safa, Fahrettin Kerim Gökay, Sadi İrmak, Hasan Ali Yücel gibi yazar ve devlet adamları 1930 ve 1940'lı yıllarda tütünün bağımlılık yapıcı etkisinden, gözlere, ciğerlere zararlarından söz eden yazılar yazmışlardır. Bununla birlikte Türkiye'de tütün kontrolü konusundaki etkili çalışmalar oldukça yakın tarihlerde başlamıştır. Bunun temel nedeni Türkiye'de tütün ürünlerinin satış ve pazarlamasının uzun yıllar boyunca devlet kontrolünde Tekel eli ile yapılması olmuştur. Bu yolla devlet sigara içenlere bu ürünü sunmuş, fakat sigara tüketimini artırmak amacı ile çaba göstermemiştir. Bu sayede Türkiye'de tütün kullanımında 1980'lere kadar ciddi bir artma olmamıştır. Ancak 1980'li yıllardan itibaren çok uluslu sigara firmalarının Türkiye'ye girmesini izleyen dönemde sigara tüketimini artırmayı amaçlayan reklam ve tanıtım kampanyaları gündeme gelmiş, yabancı sigaralara belirgin şekilde yönelme olmuş ve sonuç olarak sigara tüketiminde önemli artış olmuştur. Türkiye'de 1980 ile 2000 yılları arasında sigara kullanımında %80 artış meydana gelmiştir. Bu artış sonucunda sigaranın neden olduğu sağlık sorunlarında da artma gözlenmiştir. Tütün kullanımının ve buna bağlı sağlık sorunlarının artması üzerine tütün kontrolü amacı ile 1991 yılında bir yasa TBMM tarafından kabul edilmiş, ancak veto edildiği için yürürlüğe girememiştir. Bunun üzerine 1995 yılında, ülkede tütün kontrolü konusunda çaba gösteren grupların bir araya gelmesi ile "Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi" oluşturulmuş ve yasa çalışmaları hız kazanmıştır. Bu çabalar kısa zamanda sonuca ulaşmış ve "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" 1996 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun sigara reklam ve tanıtımının, çocuklara sigara satışının ve kapalı yerlerde sigara içilmesinin yasaklanması gibi önemli maddeler içermektedir. Yasanın uygulamadaki en önemli başarısı toplu taşıma araçlarında sigara içilmesinin ve tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması olmuştur. Yasa, reklam yasaklarının kapsamı bakımından, yürürlüğe girdiği tarihte dünyanın en ilerici yasası konumundadır.

İzleyen yıllarda, sigara içilmesinin yasaklandığı alanları artırmak ve uygulamada karşılaşılan güçlükleri aşmak bakımından dünyadaki gelişmeleri de dikkate almak suretiyle yasada bazı değişikliklerin yapılması gereği ortaya çıkmıştır. TBMM'de uzunca süren bir çalışma sonucunda 2008 yılı Ocak ayında mevcut yasada değişiklikler yapan yeni bir yasa kabul edilmiştir. Bu yasanın önceki yasadaki başlıca farklılığı, sigara içilen alanların azaltılması, dolayısı ile daha fazla yerin sigara dumanından arındırılması ve önceki yasada "çok ısrarcı" olmayan ceza hükümlerinin netleştirilmesi olmuştur. Önceki yasada sağlık ve eğitim kurumlarında, kültür ve spor tesislerinde sigara içilmesi yasaklanmışken, yeni yasa, oteller, restoran-bar ve kafeler dahil olmak üzere her türlü kapalı yerde sigara içilmesini yasaklamıştır. Ayrıca yeni yasada yasaklara uymayan kişi ve kuruluşlara verilecek olan cezaların nasıl uygulanacağı konusu da net olarak belirtilmektedir. Önceki yasa ile yeni yasanın başlıca konulardaki farklılıklarını şu şekilde belirtilebilir:

Konu	Önceki yasa	Yeni yasa
Adı	Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun	Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun
Tütün ürünlerinin kullanımının yasaklandığı yerler	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sağlık, eğitim, kültür ve kapalı spor tesisleri</li> <li>* Beş ve daha çok kişinin çalıştığı kamu binaları</li> <li>* Toplu taşıma araçları ve bekleme salonları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kamu hizmet binalarının kapalı alanları</li> <li>* Eğitim, sağlık, kültür, üretim, ticaret, spor, eğlence tesisleri ve koridorları</li> <li>* Kara, deniz, hava ve demiryolu toplu taşıma araçları (taksiler dahil)</li> <li>* Okul öncesi, ilk ve orta öğretim kurumları ile dershanelerin kapalı ve açık alanları</li> <li>* Lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane vb eğlence yerleri</li> </ul>
Tütün ürünlerinin reklam yasağı	<ul style="list-style-type: none"> <li>* İsim, marka veya alametleri kullanılarak her türlü reklam ve tanıtımının yapılması yasaktır</li> <li>* Bu ürünlerin kullanımını teşvik ve özendirici kampanya düzenlenemez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Tütün ürünleri ve üretici firmaların isim, marka veya alametleri kullanılarak her türlü reklam ve tanıtımı yapılamaz</li> <li>* Bu ürünlerin kullanımını özendirici veya teşvik eden kampanya düzenlenemez</li> <li>* Firmalar isim, marka veya işaretlerini kullanmak suretiyle hiçbir etkinliğe destek olamazlar</li> <li>* Firmaların isim, amblem veya ürün marka veya işaretleri veya bunları çağırıştıracak alametleri kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamaz</li> <li>* Firmalara ait araçlarda markaların tanınmasını sağlayacak uygulama yapılamaz</li> <li>* Bayilere ve tüketicilere hediye, eşantıyon, promosyon ve bedelsiz veya yardım amaçlı ürün dağıtımı yapılamaz</li> <li>* Ürünlerin isim, logo veya amblemleri kullanılarak bildirim yapılamaz ve ilan verilemez</li> <li>* TV programları ile film, dizi, müzik klipleri ve reklam filmlerinde tütün ürünü görüntüsüne yer verilemez</li> </ul>

Konu	Önceki yasa	Yeni yasa
Tütün ürünü satış yasağı	18 yaşımdan küçüklere tütün ürünleri satışı yasaktır	<ul style="list-style-type: none"> <li>*18 yaşımdan küçüklere tütün ürünleri satılamaz ve tüketimlerine sunulamaz</li> <li>* Sağlık, eğitim-öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünleri satılamaz.</li> <li>* Paket açılarak adet şeklinde tütün ürünü satılamaz</li> <li>* Otomatik makinelerle, telefon, TV ve internet aracılığı ile tütün ürünü satılamaz</li> <li>* Tütün ürünleri 18 yaşımdan küçüklere ulaşıacağı yerlerde ve işletme dışından görülecek şekilde satışa sunulamaz</li> <li>* Tütün ürünlerine benzeyecek şekilde sakız, şeker, çerez, oyuncak, takı, aksesuar vb ürünler üretilemez, dağıtılamaz ve satılamaz</li> <li>* Satış noktalarında tütün ürünleri çocukların ulaşamayacağı yerlerde olacak ve dışından görülmeyecek şekilde satışa sunulacak</li> </ul>
Eğitim, uyarılar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Paketler üzerinde "Yasal uyarı: Sağlığa zararlıdır"</li> <li>* Yasakları belirten uyarı yazıları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Yasakları belirten uyarı yazıları</li> <li>* Paketleri üzerinde, paket yüzünün %30'undan az olmamak üzere uyarı yazısı (resim de olabilir)</li> <li>* Paketleri üzerinde eksik, yanlış ve aldatıcı bilgi verilemez</li> <li>* Milli Eğitim Bakanlığı eğitici yayınlar hazırlar</li> </ul>
TV yayınları	* Ayda en az 90 dakika uyarıcı ve eğitici yayın	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ayda en az 90 dakika uyarıcı ve eğitici yayın</li> <li>* Yayınlar 08.00-22.00 arasında</li> <li>* En az 30 dakikası 17.00-22.00 arası</li> </ul>
Finansman	Yok	Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıklarını bütçesine yeterli ödenek konulur
Cezalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Yasak olan yerde sigara içene uyarı veya yeri terk etmesi</li> <li>* Kurallara uymayan kişilere mülki amir tarafından idari para cezası</li> <li>* Kurallara uymayan firmalara adli para cezası</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kurallara uymayan kişilere Kabahatler Kanunu'nun 39. maddesi uyarınca para cezası</li> <li>* Kurallara uymayan işletme sorumlularına uyarı ve para cezası</li> <li>* Kurallara uymayan firmalara ağır para cezası</li> <li>* Kurallara uymayan yayın kuruluşlarına ağır para cezası</li> <li>* 18 yaşımdan küçüklere tütün ürünü satanlara hapis cezası</li> </ul>

## XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yeni yasa içerdiği hükümler bakımından hem Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nde hem de MPOWER paketinde yer alan konuların hemen tamamını kapsamaktadır. Bu Yasa 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ancak yasanın restoran, kafe ve barlara ilişkin hükümleri de 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girecektir. Toplumun konuyu benimsemesi ve uyum sağlaması bakımından restoran, kafe ve barlardaki uygulamanın sonraki bir tarihte yürürlüğe girmesi diğer ülkelerdeki benzeri uygulamalarda da görülmektedir. Bu yeni yasa ile Türkiye, dünyada kapsamlı sigara yasağının uygulandığı 15 ülkeden birisi konumundadır ve restoranlarını sigara dumanından arındırmış olan 11 ülkeden birisidir.

### IV- Sonuç

Tütün kullanımının zararları 50 yılı aşkın bir zamandan beri bilinmekte, bu konudaki bilgilere her gün yenileri eklenmektedir. Sigaranın zararları konusundaki bilgilerin artmaya başladığı 1960'lı yıllardan başlayarak dünyada tütün kontrolü konusunda önlemler alınmaya başlamıştır. Önceleri gelişmiş ülkelerde yaşama geçen kısıtlamalar nedeni ile bu ülkelerde tütün ürünleri kullanımı azalmış, bunun üzerine tütün endüstrisi geliştirmekte olan ülkelerde yeni pazarlar aramaya başlamıştır. Son 25-30 yıl içinde Türkiye de dahil olmak üzere pek çok ülkede tütün kullanımı hızlı artış göstermiş, bunun üzerine hem uluslararası düzeyde hem de ulusal düzeyde çeşitli önlemler gündeme gelmiştir. Türkiye'de 1996 yılında yürürlüğe giren Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa, ülkemizdeki tütün kontrolü çalışmaları bakımından bir dönüm noktasıdır. Yasanın yürürlüğe girmesinden sonra 2000'li yılların başından itibaren Türkiye'de sigara tüketiminde azalma meydana gelmiştir. Sonraki yıllarda uygulamanın daha kapsamlı olmasını sağlamak bakımından yeni bir yasa hazırlığı yapılmış ve 2008 yılında yürürlüğe giren yeni yasa ile daha fazla yerde sigara içilmesi yasaklanmıştır.

### Kaynaklar

1. Bilir N., *Dünyada, Türkiye'de ve Hacettepe'de Tütün Kontrolü Çalışmaları*, *Hacettepe Tıp Dergisi*, (2005) 36: 75-59.
2. Bilir N., Güçlüç B., Yıldız AN., *Assessing Tobacco Control Strategies in Turkey, Final Report prepared by Hacettepe Public Health Foundation, Ankara – 2003.*
3. *Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*, *Knun No. 4207, Resmi Gazete 26 Kasım 1996, No: 22829*
4. *"Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"*, *No 5727, kabul tarihi 03.01.2008, Resmi Gazete 19.01.2008, No: 26761.*
5. *Kabahatler Kanunu*, *Kanun No. 5326, Resmi Gazete 31 Mart 2005, Mükerrer sayı, 25772*
6. *4207 sayılı Kanun Hükümlerinin Uygulanması, Başbakanlık Genelgesi, Resmi Gazete 16 Mayıs 2008, Sayı: 26878*
7. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, The MPOWER Package, WHO, Geneva, 2008.*



**SÖZLÜ  
BİLDİRİLER**



## HALKLARIN SAĞLIK HAREKETİ VE HALKLARIN SAĞLIK BİLDİRGESİ

**İlker KAYI, Yeşim YASİN, Fatih ARTVINLİ**

### Giriş ve Amaç

Sağlık, temel bir insan hakkı olmasının yanı sıra ekonomik, politik ve toplumsal bir olgudur. 1978 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Alma-Ata Konferansı'nda "2000 yılında Herkes için Sağlık" hedefini benimsemiş ve bunu gerçekleştirmek için Temel Sağlık Hizmetleri'ni en iyi araç olarak açıklamıştır. Aradan geçen 30 yıl sonunda küresel zenginlik, bilgi birikimi ve teknolojik gelişme artmasına rağmen bu hedefe ulaşılamamış, ülkeler içinde ve arasında eşitsizlikler artmıştır. Küreselleşme ve özelleştirmeye dayalı ekonomik politikaların giderek daha çok sayıda ülkenin sağlık sistemini belirlemeye başladığı düşünülürse, "Herkes İçin Sağlık" hedefini gerçekleştirebilmenin ancak uluslararası bir çaba ve mücadele ile mümkün olabileceği açıktır. Alma-Ata vizyonunun somut bir hale gelmesini sağlamak için, çeşitli örgütler ve sivil toplum hareketlerinin katılımıyla, 4-8 Aralık 2000 tarihlerinde Bangladeş, Savar'da "Halkların Sağlık Meclisi" toplanmıştır. Bu toplantı sonunda, "Halkların Sağlık Bildirgesi" (People's Charter for Health) kabul edilmiştir.

Halkların Sağlık Hareketi (People's Health Movement-PHM), Alma-Ata Bildirgesi'nin yeniden hayata geçirilmesi, ülkelerin sağlık durumu ve sağlık politikaları üzerinde olumsuz etkileri olan politikaların tümüyle gözden geçirilerek, düzeltilmesi yönünde çağrı yapan uluslararası bir sivil toplum örgütüdür.

Bu bildiriye Halkların Sağlık Hareketi ve Halkların Sağlık Bildirgesi'nin tanıtımını yapmak ve yerel katılımı güçlendirmek amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Halkların Sağlık Hareketi'nin hedefi, amaçları ve eylemlerini özetleyen ve örgüt hakkındaki yayınlardan faydalanılarak hazırlanan poster sunumu ile birlikte, katılımcılara dağıtılmak üzere Halkların Sağlık Bildirgesi metnini içeren broşür olarak planlanmıştır.

### Bulgular

Halkların Sağlık Bildirgesi İlkeleri:

- Ayrım yapılmaksızın bir insanın mümkün olan en yüksek sağlık ve refah seviyesine erişmesi temel bir insan hakkıdır.
- Sağlıkla ilgili politikaların oluşturulmasında Alma-Ata Bildirgesi'nin ilkeleri temel alınmalıdır.
- İnsanların ihtiyaçlarına göre sosyal hizmetlere ulaşmasını temin etmek hükümetlerin temel sorumluluğudur.

### Sonuç

Halkların Sağlık Hareketi, tüm dünyadan insanları Halkların Sağlık Bildirgesi etrafında birleşmeye ve Alma-Ata ilkelerini gerçekleştirmeye davet eden küresel bir sivil toplum örgütüdür. Ülkemizde de özellikle halk sağlıkçıların sağlık hakkı tartışmalarına katkıda bulunması, Halkların Sağlık Hareketi'nin Türkiye ayağını güçlendirecek, küresel ölçekte sürmekte olan çalışmalara destek olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Halk Sağlığı, Sağlık Hakkı, Küreselleşme

- Arş. Gör. Dr. İlker Kayı, İstanbul Tıp Fköltesi Hlak Sağlığı Anabilim Dalı - ilkerkayi@yahoo.com
- Yeşim Yasin, İstanbul Tıp Fköltesi Hlak Sağlığı Anabilim Dalı - nesariz@yahoo.com
- Fatih Artvinli, İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı - fatihartvinli@gmail.com

## 15.09.2005-14.05.2007 TARİHLERİ ARASINDA AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇEN 11 İLİN 2000-2007 YILLARI ARASINDAKİ SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

**N. NESANIR, N. ERKMAN**

### Giriş ve Amaç

Birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesindeki değişimin sağlık düzey göstergeleri üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu ekolojik çalışma Mayıs-Haziran 2008'de, 15.09.2005-14.05.2007 tarihleri arasında aile hekimliğine geçen 11 ilin 2000-2007 yılları arasındaki sağlık düzey göstergeleri incelenerek yapılmıştır. 26 sağlık düzeyi ölçütü Sağlık Müdürlüklerinden 15 Mayıs 2008 tarihinde resmi yazı ile istenmiş ve 18 Haziran 2008 tarihinde elimizi ulaştırmıştır. Sağlık düzeyi göstergeleri, aile sağlığı merkezi(ASM) ve toplum sağlığı merkezi(TSM) personel durumu, ayakta tanı ve tedavi, bağışıklama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini kapsamaktadır.

### Bulgular

Düzce'deki TSM'nde 2005'de 55, 2006'da 28, 2007'de 20 hekim görev yapmaktadır. Denizli'deki TSM'nde 2006 yılında 258 olan hekim sayısı 2007 yılında 54'e düşmüştür. Düzce'de 2004 yılında sağlık ocağı ve sağlık grup başkanlığında 55 hekim var iken. 2005 yılında ASM ve TSM'inde 130 hekim bulunmaktaydı. Bu sayı 2006'da Elazığ'da 148, 2007'de 221, İzmir'de 2006'da 1181, 2007'de 1661'dir. 2000 yılında yıllık kişi başı başvuru sayısı Eskişehir'de 1.0, 2005 yılında 2.3, 2007 yılında 3.3 olmuştur. 2000 yılında Samsun'da 0 yaş grubunda DBT 3 aşılama oranı % 90.0, 2005'de % 81.0 ve 2007'de % 77.0'dır. DBT 3 aşılama oranı aynı yıllar için sırasıyla Elazığ'da % 104.0, %82.0, % 88.0, Isparta'da % 104.0, %107.0, %110.0'dır. 0 yaş grubunda Hepatit B3 aşılama oranı 2000 yılında Bolu'da % 67.0, 2005'de % 89.0, 2007'de % 103.0'dır. Hepatit 3 aşılama oranı aynı yıllar için sırasıyla Edirne'de % 76.0, % 89.0, % 99.0, Isparta'da % 93.0, % 107.0, % 126.0 ve Samsun'da % 79.0, %80.0 %76.0'dır. 2000 yılında Adıyaman'da 0 yaş grubunda BCG aşılama oranı % 59.0, 2005'de %88.0, 2007'de % 87.0'dır. Aynı yıllar için sırasıyla Elazığ'da bu oranlar %100.0, %101.0, % 88.0'dır.

Bebek ölüm hızı Düzce'de 2000 yılında binde 13.5, 2004'de binde 16.3, 2007'de binde 8.3'tür. Adıyaman'da 2000'de binde 29.7, 2005'de binde 17.1, 2007'de binde 13.1'dir. İzmir'de 2000'de binde 23.0, 2005'de binde 11.5, 2007'de binde 10.4'tür. Gebe başına düşen izlem sayısı Düzce'de 2000'de 1.9, 2005'de 2.7, 2007'de 3.7'dir. Edirne'de 2000'de 9.0, 2005'de 11.0, 2007'de 4.6'dır. Bebek başına düşen izlem sayısı Düzce'de 2000'de 4.0, 2005'de 7.7, 2007'de 10.2'dir. Eskişehir'de 2000'de 5.9, 2005'de 9.4, 2007'de 7.9'dur. İzmir'de 2000'de 7.3, 2006'da 9.3'dür. TT-2 aşılama oranları Adıyaman'da 2000 yılında % 26.0, 2005 yılında % 57.0, 2007 yılında % 63.0'dır. Bu oran Elazığ'da 2000'de % 38.0, 2005'de %48.0, 2007'de % 49.0'dır. Isparta'da 2000'de % 68.0, 2005'de %92.0, 2007'de % 89.0'dır.

15-49 yaş Modern yöntem kullanan evli kadın oranı Düzce'de 2000 yılında %56.6, 2005'de % 65.1, 2007 yılında %65.7'dir. Denizli'de bu oranlar 2000'de % 63.6, 2005'de %71.3, 2007'de %72.5. İzmir'de 2000'de %66.8, 2006'de %70.2, 2007'de %68.7 Samsun'da 2000'de % 62.0 2005'de %59.4, 2007 yılında % 55.8'dir.

### Sonuç

Aile Hekimi süreci ile birlikte birinci basamak hekim sayısı artmıştır. Aile hekimliği süreci ile birlikte sağlık düzey göstergelerinde genelde olumlu ya da olumsuz bir değişiklik görünmemekle beraber bazı göstergelerde olumlu bazı göstergelerde olumsuz değişiklikler olmuştur. Ayrıca bazı yıllar için verilerin güvenilirliğinde sorun olduğu göz önünde alınır saha çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Aile Hekimliği, Sağlık Ocağı, Sağlık Düzey Göstergeleri

◦ Uzm. Dr. Nasir Nesanir, Düzce Sağlık Müdürlüğü - nasirnesan@hotmail.com

◦ Naile Erkman, Düzce Sağlık Müdürlüğü - naileerkman@gmail.com

## ADOLESANLARIN “ADETE” BAKIŞI

**E. ALTUNDAŞ, E. DEMET, B. ERGİN, E. GÜNYÜZ, S. MALİM, A. N. ÖZAYDIN**

**Giriş ve Amaç:** Kadınların adetle ilgili bilgi düzeyleri, bu dönemde karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlarla nasıl baş ettiklerine dair ülkemizde niteliksel ve niceliksel bir çok çalışma yapılmıştır. 1994’den sonra Türkiye’de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı programları adolesanları da kapsayacak şekilde yaygınlaştırılarak yürütülmeye başlanmıştır. Adolesan kızların yaşamında önemli bir gelişme olan “adet” ile ilgili farklı kültürlerde farklı yaklaşımların var olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada, erken (12-14 yaş) ve orta adolesanların (15-18 yaş) “gençlerde sık karşılaşılan menstrual sorunlar” ile ilgili bilgileri ve bu sorunlar karşısındaki davranış biçimleri hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Niteliksel bir araştırmadır. İstanbul Ümraniye Lisesi 11.sınıf ve Yamanevler İlköğretim Okulu 8.sınıf öğrencilerinden, Eylül-Ekim 2007 tarihinde, 8 sorudan oluşan bir mini anket ve yarı yapılandırılmış odak grup görüşme formlarıyla veri toplanmıştır. Herbiri 8-10 kişiden oluşan 6 odak grup görüşmesi, öğrencilerin okullarında yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan toplam 55 kız öğrencinin %54.5’i (n=30) 8.sınıf, %45.5’i (n=25) 11.sınıf öğrencisiydi. Katılımcıların %83.6’sı adet görmüştü. Adet görenlerin % 43.6’sının ilk adet yaşı 13 idi. Adet için kullandıkları diğer sözcükler “regl. aybaşı, renklenmek, elbiseye girme, namazsız, halan geldi, anavatan kan ağlıyor, hasta olmak, hastalanmak, sağlığa erişilen dönem, vişneli kadın, mazeret, muayyen gün, buluş çağı” idi. Her iki grupta da ilk adet yaşları doğru olarak biliniyordu. Görüşülen erken ve orta adolesanların adet ile ilgili genel anlatımları çoğunlukla “vücuttaki pis kanın dışarı atılması” şeklindeydi. Adet döngüsünün herkeste aynı olmadığını; farklılıkların genetik, beslenme, stres, hormonlar, bünye, yaş, ruhsal durum, menopoz gibi faktörlerden kaynaklandığını düşünüyorlardı. Bu bilgiyi çoğu ailelerindeki veya çevrelerindeki insanların döngüleriyle kendi döngüleri arasındaki farkı gözlemlenmeleri sonucu elde etmişlerdi. İlk adet gördüklerinde yaşadıkları duygulanımları; adet konusunda daha önceden herhangi bir bilgisi olanlar “sevime” ya da “normal olarak karşılama” şeklinde tanımlarken; yeterince bilgi sahibi olmayanlar “korku”, “şaşkınlık” olarak tanımladılar. “İlk adet” genellikle anne veya ablalar ile paylaşılmıştı. Birkaç kişi ise utanmaları sebebiyle bir süre durumu herkesten gizlediklerini söylediler. Her iki adolesan grubunda da ilk yıllar düzensiz adet kanamaları normal/olağan sayılırken, orta adolesanlar halen yaşamakta oldukları düzensizlikleri stres ile açıklamakta ve bunu da yaşlarına rağmen normal/olağan kabul etmekteydiler. Düzensiz adet kanamaları genellikle “hekime başvurulacak bir sağlık sorunu” olarak algılanmamaktaydı. Her iki grupta da düzensizliğin şiddetli doktora başvurmayı etkileyen en önemli etkendi. Şiddetli dismenore karşısında çoğu kez sadece hareketsiz kalmayı tercih etmekte, bunu da sağlık sorunu olarak algılamamakta, günlük yaşamını aksatsa dahi çok zorunda kalmadıkları müddetçe herhangi bir ilaç kullanmamaktaydılar. Adet döneminde katılımcıları en çok rahatsız eden durum “şiddetli ağrı ve kanama nedeniyle hareketsiz kalmak” tanımladılar.

**Sonuç:** Son yıllarda ülkemizde üreme sağlığı ile ilgili adolesanlara yönelik yürütülen farklı programların varlığına rağmen; İstanbul Ümraniye’deki adolesanların adet ile ilgili halen yeterli bilgilere ulaşamamış oldukları, günlük yaşamını olumsuz etkileyen hipermenore, adet düzensizliği, dismenorede dahi sağlık danışmanlığı aramadıkları dile getirilmiştir. Ülkemizin geleneksel, kültürel, sosyal ve ekonomik özellikleri dikkate alınarak, eğitimlerin ve hizmet sunumunun ilgili konularda adolesanlara dönük “yaygın ve erişilebilir” şekilde düzenlenmesi ihtiyacı devam etmektedir. .

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan, adet dönemi, niteliksel

- Arş. Gör. Dr. ELİF ALTUNDAŞ, MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - elifaltundaserden@gmail.com
- Dr. EMİNE DEMET
- Dr. BERRİN ERGİN
- Dr. EZGİ GÜNYÜZ
- Dr. SALAHUDİN MALİM
- Öğr. Gör. Dr. NİLÜFER ÖZAYDIN, MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - nözaydin@gmail.com

## AİLE HEKİMLİğİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA TOPLUMA DAYALI HİZMETLERİN LOT KALİTE TEKNİğİ İLE DEğERLENDİRİLMESİ

Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Ashhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK

### Giriş ve Amaç

Bolu. 16.10.2006'-dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın, ülkemizde - 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun'un gereği olarak sağlık ocakları aracılığı ile topluma yaşadığı yerde sunulan (topluma dayalı) hizmetlere etkisini ve hizmetin ulaşmasında sorun yaşanan bölgeleri saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak iki yaşın altında çocuğu olan anneler üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formları aracılığı ile, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "gebeliklerinde, doğum sonrası dönemde, son altı ayda evde ebe veya hemşire tarafından ziyaret edilip edilmedikleri: bebeklerinin ve ailede yaşlı veya engelli kişi varsa evde ziyaret edilip edilmediği" sorulmuştur.

### Bulgular

Görüşülen annelerden 0-11 aylık bebeği olanların ancak % 23'ü son gebeliğinde DÖB, %4'ü DSB aldığını; %8'i bebeğinin ve yine tüm annelerin %10'u son altı ayda kendisinin evde ebe veya hemşirelerce ziyaret edildiğini belirtmiştir.

Evde yaşlı veya engelli bulunan ailelerin %29'unda yaşlı kişinin, %27'sinde engelli kişinin evde sağlık personeline ziyaret edildiği/izlendiği ifade edilmiştir.

### Sonuç

Sağlık ocaklarının temel hizmetlerinden olan evde DÖB, DSB ve 15-49 yaş kadın izlemlerinin aile sağlığı merkezlerince yeterince yerine getirilmediği görülmektedir. Yine sağlık hizmeti almak üzere sağlık kuruluşlarına ulaşmak yönünden dezavantajlı gruplar olan yaşlı ve engellilerin evde izlem ve sağlık hizmeti almaktan büyük ölçüde yoksun kaldığı görülmektedir. Gelecekte aynı yöntemle tekrarlanacak araştırmalar, izlem açısından karşılaştırılabilir veri sağlayacağı için daha değerli sonuçlar verecektir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Topluma Dayalı Hizmetler, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Ashhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Dr. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA TOPLUMUN SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA / HİZMETLERDEN YARARLANMA DAVRANIŞLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Seval ALKOY, Ashan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlknur ÖZKAN, S. ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK

### Giriş ve Amaç

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulama sürecinde toplumun genel anlamda sağlık hizmetlerini kullanma / sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını değerlendirmek ve hizmetten yararlanmada sorun yaşanan bölgeleri saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak iki yaşın altında çocuğu olan anneler üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6. güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formları aracılığı ile, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "genel sağlık hizmetlerini kullanma / hizmetlerden yararlanma davranışlarına ilişkin sorular sorulmuştur.

### Bulgular

Görüşülen kadınların % 84,3'ü hasta olmadan sağlık hizmeti almaya başvurmadığını belirtmiştir. Son altı ayda: %89'u kendisi talep etmeden sunulan bir sağlık hizmeti ile karşılaşmadığını; %45,4'ü gereksinimi olduğunda aile hekimine ulaşabildiğini; %20,6'sı gereksinimi olduğu halde doktoru gidemediğini; %40,7'si aileden herhangi birinin sağlık hizmeti almak üzere acil servise başvurduğunu ve %38,3'ü enjeksiyon-pansuman-tansiyon ölçümünü gibi hizmetlere gereksinim duyup çeşitli yollardan bunu giderdiğini ifade etmiştir. İlaçlarını eczaneden temin ettiğini belirtenlerin oranı %96,8 iken, %68,7'si aşı, AP, laboratuvar incelemesi, ilaç ve özel muayene gibi hizmetler için cepten harcama yaptığını ifade etmiştir. Aile hekimine kayıt olurken herhangi bir sorunla karşılaşmayanların oranı %91,8 olup; aile hekiminin gebelik izlemlerini bilgisayara geçirdiğini belirtenlerin oranı %61,3'dür. Gezici hizmet sunulması gereken bölgede yaşayanların %71'i son bir ayda köylerine aile hekimi veya aile sağlığı elemanının gelmediğini ifade etmiştir.

### Sonuç

Bu çalışma, Bolu'da toplumun sağlık hizmetlerini kullanma / hizmetlerden yararlanma davranışlarına ilişkin önemli bilgiler sunmaktadır. Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bu bilgilerin dikkate alınması yararlı olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Sağlık Hizmet Kullanımı, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Ashan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANDIKLARI YERLERİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Muzaffer ESKİOCAK, Seval ALKOY, Hasan DEDELER, Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Ufuk BERBEROĞLU, Faruk YORULMAZ

### Giriş ve Amaç

Edirne. 01.12.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılama durumunu saptamak, aşılama hizmetini aldıkları yerleri belirlemek ve hizmete ulaşmada sorun yaşanan bölgeleri saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Edirne ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 16-18 Şubat 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 5, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 400, örneklemin seçildiği hedef nüfus 375 500, toplam lot sayısı 50, minimum lot örnekleme büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri Trakya Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri tarafından toplanmıştır.

### Bulgular

Araştırma sırasında çocukların % 88'ine ait aşı kartı gösterilmiş, % 10,3'ünün aşı kartı yitirilmiş, % 1,7'sinin aşı kartı verilmeme veya aşısız olma nedeniyle aşı kartının olmadığı saptanmıştır.

Tüm aşilar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %75,1'inin araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %24,7'sinin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI, % 0,2'inin ise AŞISIZ olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan çocuklara aşiların uygulandığı yerler incelendiğinde: BCG aşısının en yüksek oranda (%47,1) sağlık ocakları (SO) veya Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve %37,7 oranı ile ikinci sırada Verem Savaş Dispanseri'de uygulandığı görülmüştür. DBT, OPA ve HIB aşilarının uygulandığı yerler arasında SO/ASM'lerinin oranı %90'ların üzerine çıkmaktadır. Hepatit B aşısının ilk dozu doğumdan sonra uygulandığı için HBA1'in uygulandığı yerler arasında hastaneler %75,8 ile ilk sırada yer alırken, SO/ASM'ler %21,1 oranı ile ikinci sırada yer almakta; SO/ASM'lerin payı HBA2 ve HBA3 için %90'ların üzerine çıkmaktadır. Yine Kızamık/KKK aşısı neredeyse tümüyle (%99,0) SO/ASM'lerde uygulanmaktadır.

Özel Sağlık Kuruluşlarının aşılama hizmetlerindeki payı değerlendirildiğinde bazı lotlarda diğerlerinden fazla olsa da, il bazında %7'yi aşmadığı görülmektedir.

### Sonuç

Aile doktorluğu pilot uygulamasının sonuçlarını izlemek amacıyla aynı yöntem kullanılarak tekrarlanacak araştırmalar, bu bulguların hangi yönde değişmekte olduğunu gösterecektir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aşılama Yeri, Aile Hekimliği, Edirne

- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - dereskiocak@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Hasan DEDELER, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Faruk YORULMAZ, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.



## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMA DURUMLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Ashhan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK**

**Giriş ve Amaç:** Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılanma hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılanma durumunu saptamak, hizmetin ulaşmasında sorun yaşanan bölgeleri ve sorunları saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bolu ilini temsil eden bir örnekleme. Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6. güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örnekleme büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından toplanmıştır.

Araştırma sırasında aşılanma bilgileri, aşı kartlarına göre tarihleri ile birlikte kaydedilmiştir. Aşı kartı gösterilemeyen çocuklara ait aşılanma bilgileri annenin beyanı temel alınarak ayrıca kaydedilmiş ve bu beyanlardan Form 012'ler incelenerek doğrulanmış "kesin aşı" kabul edilmiş; doğrulanamayanlar "beyana göre aşı" kabul edilmiştir. Bu çocukların aşılanma durumu, içinde buldukları aya veya yaşa göre değerlendirilmiş ve "yaşına göre aşı" deyimini ile ifade edilmiştir. Henüz aşılanma zamanı gelmediği için aşılanmamış olanlar ayrıca belirtilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada yer alan çocukların % 49.3'ü kız, % 50.7'si erkektir. Araştırma sırasında bu çocukların % 93.1'ine ait aşı kartı gösterilmiş, % 5.1'inin aşı kartı yitirilmiş, % 1.8'inin aşı kartı verilmeme veya aşısız olma nedeniyle aşı kartının olmadığı saptanmıştır. Bu çocukların aşılanma durumuna bakıldığında, %96.3'ünün BCG aşısı ile aşılanmış olduğu; yalnızca iki çocuğun aşı zamanı geldiği halde aşılanmadığı; diğerlerinin aşı zamanı gelmediği için aşılanmamış olduğu saptanmıştır. DBT aşısı ile aşılanma oranları: DBT1 ve DBT2 için %99.6 ve DBT3 için %97.5'dir. DBT aşısı almamış çocuk sayısı DBT1 için iki, DBT2 için bir ve DBT3 için dokuzdur. Diğer çocuklar, henüz aşı zamanı gelmediği için aşılanmamıştır. Oral Polio aşısı ile aşılanma oranlarına bakıldığında, OPV1 için %99.6, OPV2 için %99.4 ve OPV3 için %96.3'dür. OPV aşısı almamış çocuk sayısı OPV1 ve OPV2 için iki ve OPV3 için onbirdir. Araştırma kapsamındaki alan çocukların Hepatit B aşısı ile aşılanma oranlarına bakıldığında, HBA1 ve HBA2 için %100.0 ve HBA3 için %99.1 oranları elde edilmiştir. Aşı zamanı geldiği halde HBA1 ve HBA2 aşısı ile aşılanmamış çocuk yoktur; HBA3 için bu sayı üçdür. Araştırma sırasında en düşük aşılanma oranları HIB için elde edilmiştir. Aşılanma oranları HIB1 için %76.8, HIB2 için %74.8 ve HIB3 için %72.5 olarak saptanmıştır. HIB ile aşılanmamış çocuk sayısı HIB1 için 73, HIB2 için 76 ve HIB3 için 84'dür. Kızamık/KKK aşısı ile aşılanma oranı ise %98.5 olarak saptanmıştır. Tüm aşılar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %88.9'unun araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %11.1'inin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI olduğu ve hiç AŞISIZ çocuk olmadığı saptanmıştır. Bu çocukların % 37.8'i bir yaşından önce tam aşı, % 6.4'ü bir yaşından önce tam aşı, % 55.8'i ise bir yaşından küçük olduğu veya beyana göre aşı kabul edildiği için bir yaşından önceki aşılanma durumu değerlendirilmemiştir.

**Sonuç:** Aile doktorluğu pilot uygulamasının sonuçlarını izlemek amacıyla yürütülen bu araştırma, aşılanma hizmetlerinin iyi durumda olduğunu göstermektedir. Gelecekte aynı yöntemle tekrarlanacak araştırmalar, izlem açısından karşılaştırılabilir veri sağlayacağı için daha değerli sonuçlar verecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aile Hekimliği Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Ashhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- İknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMA DURUMLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Muzaffer ESKİOCAK, Hasan DEDELER, Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Ufuk BERBEROĞLU, Faruk YORULMAZ**

### Giriş ve Amaç

Edirne. 01.12.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılama durumunu saptamak, hizmetin ulaşmasında sorun yaşanan bölgeleri ve sorunları saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Edirne ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 16-18 Şubat 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 5, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 400, örneklemin seçildiği hedef nüfus 375 500, toplam lot sayısı 50, minimum lot örnekleme büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri Trakya Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri tarafından toplanmıştır. Araştırma sırasında aşılama bilgileri, aşı kartlarına göre tarihleri ile birlikte kaydedilmiştir. Aşı kartı gösterilemeyen çocuklara ait aşılama bilgileri annenin beyanı temel alınarak ayrıca kaydedilmiş ve bu beyanlardan Form 012'ler incelenerek doğrulanalar "kesin aşı" kabul edilmiş; doğrulanamayanlar "beyana göre aşı" kabul edilmiştir. Bu çocukların aşılama durumu, içinde buldukları aya veya yaşa göre değerlendirilmiş ve "yaşına göre aşı" deyimi ile ifade edilmiştir. Henüz aşılama zamanı gelmediği için aşılamanamış olanlar ayrıca belirtilmiştir.

### Bulgular

Araştırmada yer alan çocukların % 53'ü kız, % 47'si erkektir. Araştırma sırasında bu çocukların % 88'ine ait aşı kartı gösterilmiş, % 10,3'ünün aşı kartı yitirilmiş, % 1,7'sinin aşı kartı verilmeme veya aşısız olma nedeniyle aşı kartının olmadığı saptanmıştır. Bu çocukların aşılama durumuna bakıldığında, %99,2'sinin BCG aşısı ile aşılanmış olduğu; yalnızca üç çocuğun aşı zamanı geldiği halde aşılanmadığı; diğerlerinin aşı zamanı gelmediği için aşılanmamış olduğu saptanmıştır. DBT aşısı ile aşılama oranları: DBT1 ve DBT2 için %99,4 ve DBT3 için %99,2'dir. Oral Polio aşısı ile aşılama oranlarına bakıldığında, OPV1 için %96, OPV2 için %98,2 ve OPV3 için %98,7'dir. Araştırma kapsamındaki alan çocukların Hepatit B aşısı ile aşılama oranlarına bakıldığında, HBA1 için %97,5, HBA2 için %99,3 ve HBA3 için %97,3 oranları elde edilmiştir. Araştırma sırasında en düşük aşılama oranları HIB için elde edilmiştir. Aşılama oranları HIB1 için %92,5, HIB2 için %93,2 ve HIB3 için %89,0 olarak saptanmıştır. Kızamık/KKK aşısı ile aşılama oranı ise %98,7 olarak saptanmıştır. Tüm aşılar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %75,1'inin araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %24,7'sinin YAŞINA GÖRE EKSIK AŞILI, % 0,2'inin ise AŞISIZ olduğu saptanmıştır. Bu çocukların % 44,4'ü bir yaşından önce tam aşı, % 11,8'i bir yaşından önce tam aşı değildi. % 43,8'i ise bir yaşından küçük olduğu veya beyana göre aşı kabul edildiği için bir yaşından önceki aşılama durumu değerlendirilmemiştir.

### Sonuç

Aile doktorluğu pilot uygulamasının sonuçlarını izlemek amacıyla aynı yöntem kullanılarak ikinci kez yürütülen bu araştırma, aşılanmamış çocuk sayılarında artışı gösterse de aşı oranlarında belirgin bir düşüşe yol açmamıştır. Gelecekte tekrarlanacak araştırmalar, bu bulgulardaki değişimi daha net olarak gösterecektir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Edirne

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - dreskiocak@hotmail.com
- Arş. Gör. Hasan DEDELER, Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Namık Kemal Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU, Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Faruk YORULMAZ, Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

## AYDIN İLİNDE BEBEK ÖLÜMLERİNE YÖNELİK BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI VE SÖZEL OTOPSİ YÖNTEMİYLE ÖLÜM NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**G. ATASOYLU, P. OKYAY, E. BEŞER, M. TÜRKMEN, S. A. AYDOĞDU, A. YENİGÜN**

### Giriş ve Amaç

Aydın İlinde 01/01/2006-30/06/2006 tarihleri arasında meydana gelen ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından saptanan bebek ölümlerinin temel tanımlayıcı özellikleri ile nedenlerinin belirlenmesi; etkisi olduğu düşünülen risk faktörlerinin saptanması ve ölüm tespiti, bildirim ve kayıtlarla ilgili sorunların tanımlanmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, üç aylık bir tez çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmanın ilk ayağı, Aydın ilinde meydana gelen bebek ölümlerinin tanımlayıcı özellikleri ve nedenlerinin dağılımının değerlendirildiği kesitsel-tanımlayıcı; ikinci ayağı, risk faktörlerine yönelik olgu-kontrol tipinde; üçüncü ayağı ise, ölüm bildirimleri ve kayıtlarla ilgili tanımlayıcı bir araştırmadır. Bebek ölümlerinin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla; kayıtlar taranmış; bebeklerin yakınları ile yüz yüze anket; ölüm nedenlerinin belirlenmesine yönelik ise sözel otopsi uygulanmıştır. Sözel otopsi için DSÖ tarafından önerilen formdan yararlanılmıştır. Sözel otopsi formları, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'nde görevli üç öğretim üyesince değerlendirilerek, ölüme yol açan temel, ara ve son nedenler belirlenmiştir. Ölüm nedenlerinin belirlenmesinde ICD-10'un Bebek ve Çocuk Mortalitesi-Yoğunlaştırılmış Listesi'nden yararlanılmıştır. Olgu-kontrol çalışmasında yüz yüze anket yapılarak bilgi toplanmıştır. Araştırma kapsamında öldüğü belirlenen bebeklerin tümü olgu grubunu oluşturmuştur. Her olgu için bir kontrol alınmıştır. Kontroller, ölen bebekler ile aynı cinsten, aynı sağlık ocağı -tercihen aynı ebe- bölgesinde, bir aylık süre içinde doğmuş ve yaşayan bebeklerden seçilmiştir. Ölüm bildirimleriyle ilgili sorunların tanımlanması için, kayıtlar taranmış; sağlık personeli, muhtarlar ve bebeklerin yakınlarıyla görüşülmüştür.

### Bulgular

Araştırma süresince 69 bebek ölümü bildirilmiş; Aydın'da 2006 yılının ilk altı ayı için BÖH -12.0; YBÖH - 6.8 ve YSBÖH -5.2 olarak bulunmuştur. Ölen bebeklerin %55.1'i kız olup; ölümlerin %56.5'i yenidoğan döneminde; %53.0'ü Aydın'da; %71.2'si sağlık kurumunda meydana gelmiştir. Bebek ölümlerinin temel nedenlerinin %52.4'ünü "Perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar"; %21.2'sini "Konjenital malformasyonlar-deformasyonlar-kromozom anomalileri"nin oluşturduğu saptanmıştır.

### Sonuç

Ölenlerin bir sağlık çalışanı tarafından görülmesi önemlidir. Bütün gebeliklerin tespit edilerek yeterli sayıda ve nitelikli doğum öncesi bakımı sunulması; annelerin gebelik ve bebeklik döneminde sık karşılaşılan ve tehlikeli hastalıkların belirtileri konusunda bilgilendirilmesi önemli müdahale alanları olarak düşünülmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Bebek, bebek ölümü, ölüm nedeni, sözel otopsi

- Uzm. Dr. Gonca ATASOYLU, Manisa Sağlık Müdürlüğü - goncaatasoylu@hotmail.com
- Doç. Dr. Pınar OKYAY, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Erdal BEŞER, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Münevver TÜRKMEN, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- Yrd. Doç. Dr. S. Ayvaz AYDOĞDU, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- Prof. Dr. Ayşe YENİGÜN, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

## BALÇOVA'DA YAŞAYAN SAĞLIKLI BİREYLERDE 10 YILLIK KORONER KALP HASTALIĞI GELİŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

B. ÜNAL, K. SÖZMEN, R. UÇKU, H. BAYDUR, Ö. ASLAN, G. ERGÖR, A. SOYSAL, H. GİRAY, R. MESERİ, G. SAATLI, R. BUDAK, S. DOĞANAY

### Giriş ve Amaç

Kohort çalışmalarından elde edilen modellerle sağlıklı bireylerin belli bir süre sonunda ilgilenilen hastalığa yakalanma riski hesaplanabilmektedir. Belirlenen risk düzeyine göre ilaçlar ya da yaşam tarzı değişiklikleriyle kişilerin hasta olma olasılığı azaltılabilmektedir. Bu çalışmada BAK Projesine katılanlarda Framingham risk eşitliğine göre 10 yıllık koroner kalp hastalığı (KKH) gelişme riskinin belirlenmesi ve kişilerin bilgilendirilmesinde kullanılan risk karnesinin tanıtılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Balçova'nın Kalbi Projesi 15 Ekim 2007'de Balçova'da yaşayan 30 yaş üzeri tüm bireyleri kapsayan kesitsel bir durum saptama araştırmasıyla başlamıştır. Araştırmada kişiler sosyo-demografik özellikler, yaşam tarzı özellikleri, KDH risk etmenleri ve tıbbi öykü açısından tanımlanmışlardır. Framingham risk eşitliğine göre KKH riskinin belirlenmesinde yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, total kolesterol, HDL kolesterol, kan basıncı ve diyabet öyküsü kullanılmıştır. Kişiler 10 yıllık KKH riski %20 ise "yüksek" olarak gruplanmıştır. Sıklıklar, Balçova 2006 ETF verisi kullanılarak yaşa göre standartlaştırılmıştır. Çalışmaya katılanların kendi yaş ve cinsiyeti için beklenenden yüksek riske sahip olma durumu değerlendirilmiş ve katılımcılara sağlık önerileri içeren "BAK risk karnesi" verilmiştir.

### Bulgular

Araştırmada Ekim 2007-Mayıs 2008 tarihleri arasında 7033 kişinin 10 yıllık KKH riski hesaplanmıştır. 2234 erkeğin %35.5'i orta ve %12.3'ü yüksek risk grubunda; 4799 kadının %20.1'i orta ve %2.6'sı yüksek risk grubundadır. Erkeklerde yüksek KKH riski 30-49 yaşta %0.8, 50-64 yaşta %15.4 ve 65 yaş üstünde %54.4 olup aynı oran kadınlarda sırasıyla %0.0, %4.5, %9.5'tir. Erkeklerin %33.1'i, kadınların %25.6'sı kendi yaş grupları içinde beklenenden daha yüksek riske sahiptir.

### Sonuç

KKH gelişme olasılığı açısından erkekler kadınlara göre daha fazla risklidir. Her iki cinstede yaş arttıkça risk yükselmektedir. Her iki cinstede orta riskli grubun yüksekliği dikkat çekmektedir. Bu bireylerde uzun dönemde KKH gelişimini önlemek amacıyla başta yaşam biçimi değişikliği ve sağlıklı beslenme olmak üzere toplum katılımlı sağlıklı geliştirici girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Koroner kalp hastalığı, Framingham risk eşitliği, Balçova

- Doç. Dr. BELGİN ÜNAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - belgin.unal@deu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. KAAAN SÖZMEN, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - drmelihkaan@hotmail.com
- Prof. Dr. REYHAN UÇKU, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - reyhan.ucku@deu.edu.tr
- Arş. Gör. HAKAN BAYDUR, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - hakan.baydur@deu.edu.tr
- Doç. Dr. ÖZGÜR ASLAN, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. KARDİYOLOJİ A.D. - ozgur.aslan@deu.edu.tr
- Prof. Dr. GÜL ERGÖR, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gul.ergor@deu.edu.tr

## BALÇOVA'NIN KALBI (BAK) PROJESİ KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN YAŞAM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

B. ÜNAL, G. SAATLI, G. ERGÖR, R. UÇKU, R. MESERİ, A. SOYSAL, B. KILIÇ, Y. AKVARDAR, H. BAYDUR, H. GİRAY, K. SÖZMEN, R. BUDAK, S. DOĞANAY

### Giriş ve Amaç

Kalp damar hastalıkları (KDH) ülkemizde başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. KDH, toplum ve birey düzeyinde risk etmenlerine yapılan girişimlerle önlenabilir. Balçova'nın Kalbi (BAK) projesi, bireylerde KDH risk etmenlerinin tanımlanmasını ve bu etmenleri azaltıcı girişimler uygulanmasını içeren bir sağlıklı geliştirme projesidir. Bu bildiriye BAK projesinin süregelen durum saptama araştırmasından elde edilen, bireylerin yaşam alışkanlıklarına ait veriler sunulmaktadır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmanın evrenini, Balçova Sağlık Grup Başkanlığı 2006 yılı ETF verisine göre, Balçova'da yaşayan 30 yaş ve üzeri 44607 birey oluşturmuştur. Örnek seçilmeyip tüm bireylere ulaşılması hedeflenmiştir. Bireylerin sigara içimi, fizik aktivite (FA) ve beslenmeye ilişkin yaşam alışkanlıkları verisi Ekim 2007-Mayıs 2008 tarihleri arasında toplanmış ve 10 641 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada kadınlar ve erkekler için verilen sıklıklar 2006 yılı ETF nüfusunun yaş dağılımı kullanılarak standardize edilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $52.5 \pm 13.4$ , %65.5'i kadındır. Erkeklerin %42.5'i, kadınların %28.2'si halen düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigaraya başlama yaşı ortalama  $18.5 \pm 6.2$ , kadınlarda  $22.3 \pm 7.8$ 'dir. Sigara içen erkeklerin ve kadınların çoğu bırakmayı düşündüğünü (sırasıyla: %76.1 ve %74.4) ve sigarayı bırakma ile ilgili bir hizmetten yararlanmak istediğini belirtmiştir (sırasıyla: %74.2 ve %77.5). Fizik aktivite, işte yapılan FA, orta ve ağır düzeyde yapılan FA olmak üzere üç farklı şekilde sorgulanmıştır. Erkeklerin %30.1'i, kadınların %6.3'ü işte FA yaptığını belirtmiştir. Erkeklerin %42.2'si, kadınların %46.9'u orta düzeyde FA yaptığını belirtirken ağır FA yapma oranı her iki cinsiyette yaklaşık %10.0'dur. Erkek ve kadınların yaklaşık yarısı FA'yı arttırmak istemektedir (sırasıyla: %46.2 ve %51.5). Araştırmaya katılanların %48.2'sinin günde 5 porsiyon ve üzeri sebze-meyve, %33.3'ünün kepekli ekmek tükettiği, %52.1'inin yemeklerde en sık zeytinyağı kullandığı, %17.2'sinin yemeklerin tadına bakmadan tuz attığı ve sadece %25.5'inin alışveriş sırasında besin öğelerinin içeriğini incelediği saptanmıştır.

### Sonuç

Sigara içme sıklığı ve fiziksel inaktivite erkeklerde ve kadınlarda değişik çalışmalarda sıklıklardan oldukça yüksek, yeterli sebze-meyve tüketimi düşüktür. Bu nedenle, Balçova'da KDH risk etmenlerini azaltıcı girişimler yapılmalıdır. Proje kapsamındaki kişilerin sigarayı bırakma ve FA'yı artırma konularında istekli olmaları, bu konuda yapılacak olan girişimlerin etkisini arttıracaktır.

### Anahtar Kelimeler

Kalp damar hastalığı, sigara, beslenme, fizik aktivite, önleme, koruma.

- Doç. Dr. BELGİN ÜNAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - belgin.unal@deu.edu.tr
- Arş. Gör. GÜL SAATLI, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gul.saatli@deu.edu.tr
- Prof. Dr. GÜL ERGÖR, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gul.ergor@deu.edu.tr
- Prof. Dr. REYHAN UÇKU, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - reyhan.ucku@deu.edu.tr
- Arş. Gör. RECİ MESERİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - recimeseri@yahoo.com
- Öğr. Gör. Dr. AHMET SOYSAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - ahmet.soysal@deu.edu.tr

## BALÇOVA'NIN KALBI (BAK) PROJESİ OLUŞUMU VE DURUM SAPTAMA HAZIRLIK SÜRECİ

A. SOYSAL, H. GİRAY, G. ERGÖR, R. UÇKU, B. ÜNAL, T. GÜNAY, A. ERGÖR, B. KILIÇ, Y. DEMİRAL, R. MESERİ, G. SAATLI, H. BAYDUR, K. SÖZMEN, R. BUDAK, Ö. ASLAN, D. ÇİMRİN, Y. AKVARDAR, N. KARAKUŞ, H. ARIK, P. TUNCEL

### Giriş ve Amaç

30 yaş ve üzeri kişilerde kalp damar hastalıklarını azaltmak ve önlemek amaçlı "Balçova'nın Kalbi (BAK)" Projesi 3 Mayıs 2007 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi(DEÜTF) ve Balçova Belediyesi arasında imzalanan protokol ile başlamıştır. Bildirinin amacı projenin oluşumu ve durum saptamanın hazırlık sürecinin paylaşılmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Projenin hazırlık aşamasında;

- Projenin amacı ve yönteminin belirlenmesi
- Eylem planı hazırlanması
- Projenin tanıtılması
- Bilgisayar programının hazırlanması
- Durum saptama araştırmasının planlanması
  - Alanda kullanılacak formların ve risk karnesinin hazırlanması
  - İşgücü-malzeme gereksiniminin belirlenmesi
  - İş-akış şemalarının oluşturulması
  - Eğitimlerin yapılması
  - Laboratuvar altyapısının hazırlanması hedeflenmiştir.

### Bulgular

Hazırlıklar protokolün imzalanmasından dört ay önce başlamıştır. Taraflar bir araya gelmiş, projenin amaçları, yöntemi belirlenmiş; yapılacak işler ve işbölümüne ilişkin eylem planı hazırlanmış; örgütlenme şeması oluşturulmuştur. Semtevi sorumlusu ve gönüllülerine proje tanıtılmış, beklentileri alınmıştır. Yerel televizyonlar için bir proje tanıtım filmi çekilmiş, gazete ve televizyon haberleri yapılmış, afişler ve evlere dağıtılmak üzere iki bülten hazırlanmıştır. Çok merkezden veri işlenebilecek, raporlama yapabilecek, internet tabanlı bilgisayar programı oluşturulmuştur. Durum saptama için kısa ve uzun olarak hazırlanan anketler, hastaneye herhangi bir nedenle başvuranlarda denenmiş, anket kullanım rehberleri hazırlanmıştır. Alanda kullanılmak üzere "hane kontrol çizelgesi", "randevu izlem formu", "randevu fişi", "evde yok fişi", "anketör izlem formu", "sonuç randevu fişi" geliştirilmiştir. Risk etmenlerinin özetlenmiş hali ile 10 yıllık süre içinde Koroner Kalp Hastalığı gelişme olasılığının bulunduğu "risk karnesi" hazırlanmıştır. İşgücü-malzeme gereksinimi belirlenmiş, proje çalışanlarına yönelik iş-akış şemaları oluşturulmuştur. Proje çalışanlarına yapılan toplam beş eğitim etkinliğinde projenin tanıtımı, kalp hastalıkları, iletişim becerileri, iş akış şemalarına ilişkin sunumlar yapılmış, anket tanıtılmıştır. Eğitimler için anket uygulamaya ve iletişim becerilerine ilişkin senaryolar hazırlanıp, film çekimleri yapılmıştır. Lipid analizlerinin DEÜ Merkez laboratuvarında yapılabilmesi için altyapı hazırlanmış, kanların laboratuvara taşınması için araç ve şoför sağlanmıştır.

### Sonuç

Bu tür projelerin başarısında hazırlık aşamasının iyi planlanması, etkili tanıtım, güçlü ekip çalışması ve kurumlar arası iletişim önemlidir.

### Anahtar Kelimeler

Kalp damar hastalığı, sağlığı geliştirme, Balçova'nın Kalbi

- Öğr. Gör. Dr. AHMET SOYSAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - ahmet.soysal@deu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. HATİCE GİRAY, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - haticesimsek@yahoo.com
- Prof. Dr. GÜL ERGÖR, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gul.ergor@deu.edu.tr
- Prof. Dr. REYHAN UÇKU, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - reyhan.ucku@deu.edu.tr
- Doç. Dr. BELGİN ÜNAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - belgin.unal@deu.edu.tr
- Doç. Dr. TÜRKAN GÜNAY, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - turkan.gunay@deu.edu.tr

## BETA TALASEMİ MAJOR HASTALARI ve TAŞIYICI EBEVEYNLERİNDE DERMATOGLİFİK İNCELEME

A. Ç. DOĞRAMACI, N. SAVAŞ, M. A. BAĞRIAÇIK

### Giriş ve Amaç

Beta talasemi Türkiye dahil Akdeniz ülkelerinin kalıtımla geçen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde evlilik öncesi tarama programı ile hastalığın yaygınlığı azalmaya başlamasına rağmen hala tamamen sıfırlanamamıştır. Bazı kalıtımla geçen hastalıklarda dermatogliflik farklılıkların olduğu bilinmektedir. Dermatoglifli erken intrauterin dönemde parmaklarda, avuç içinde şekillenen ciltteki çizgilerdir (ridge) ve genetik ya da çevresel faktörler çizgilerin oluşumunda etkili olabilmektedir. Bu çalışmada beta talasemi hastaları ve taşıyıcı ebeveynlerinde dermatogliflik farklılıkları değerlendirmek ve koruyucu hekimlikte dermatogliflikten yararlanmak amaçlandı.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma vaka kontrol araştırmasıdır. Hatay (Antakya ve İskenderun) Talasemi Tanı ve Tedavi Merkezlerinde takip edilen 59 hasta (39 erkek, 20 kız), 61 taşıyıcı ebeveyn (38 anne ve 23 baba) ve 120 kontrol (64 erkek, 56 kadın) çalışmaya alındı. Döndürülerek alınmış on parmak izi ve sağ el avuç izi dermatogliflik inceleme ile değerlendirildi. Dermatogliflik incelemede her parmak izi loop ile incelendi. Parmak izi şekli wirbel, unlar, radial ve a olarak değerlendirildi ve her parmakta ridge'ler sayıldı. Parmak izi "a" olanlar istatistiksel analize dahil edilmedi. Avuç içinde a-b, b-c ve c-d ridge'leri sayıldı. Veriler Kikare, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis ve multivaryant varyans analizi (MANOVA) ile analiz edildi.

### Bulgular

Kız hastaların sol serçe parmaklarında wirbel/ulnar-radial oranı 1/17 iken taşıyıcılarda 8/24, kontrol grubunda ise 17/25 bulundu ( $p<0.05$ ). Yine kız hastalarda avuç içinde ortalama c-d ridge sayısı ( $38.1\pm 5.2$ ) taşıyıcı ( $33.6\pm 8.1$ ) ve kontrol grubundaki ( $33.6\pm 7.4$ ) kızlardan daha fazla bulundu ( $p<0.05$ ). Ayrıca kız hastalarda ortalama b-c ridge sayısı ( $24.1\pm 4.1$ ) erkek hastalardan ( $26.7\pm 5.4$ ) az, ortalama c-d ridge sayısı ise fazla bulundu ( $38.1\pm 5.4 / 33.7\pm 6.9$ ) ( $p<0.05$ ). MANOVA ile analizde ise sadece ortalama c-d ridge sayısının kız hastalardaki farklılığı anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ).

### Sonuç

Dermatogliflik inceleme kız Beta talasemi major hastalarının tanısında yardımcı olabilir. Bununla birlikte her iki cinste taşıyıcıların tanısında yardımcı olamaz.

### Anahtar Kelimeler

Talasemi, taşıyıcı, dermatogliflik inceleme

- Yrd. Doç. Dr. ASENA ÇİĞDEM DOĞRAMACI, MUSTAFA KEMAL ÜNİV. TIP FAK. CİLDİYE AD HATAY - catahan85@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. NAZAN SAVAŞ, MUSTAFA KEMAL ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD HATAY - dmazansavas@hotmail.com
- MEHMET ALİ BAĞRIAÇIK, ANTAKYA / HATAY EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ

## BİR KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA DOĞUM YÖNTEMİ TERCİHLERİNİN İNCELENMESİ

Ercan GÖÇGELDİ, Muharrem UÇAR, Mahir GÜLEÇ

### Giriş ve Amaç

DSÖ'nce, sezaryenle doğum yüzdesinde kabul edilebilir üst sınır %15'dir. 2003 TNSA'ya göre kent merkezlerinde sezaryenle doğum sıklığı %25,6'dır.

Bu çalışmada, bir kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların sezaryen konusuna yaklaşımlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışma, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde Nisan-Mayıs 2007'de gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 223 kadın katılmayı kabul etmiştir. Soru formunda bazı sosyodemografik özellikler, "Seçme şansız olsa; sezaryen mi, normal doğum mu yapmak istersiniz?" şeklinde bir soru, doğum öyküleri ve doğum yöntemleriyle ilgili düşüncelerini belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. İstatistiksel önemlilik değerlendirmesinde ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $31,8 \pm 10,0$ 'dır, %82,1'i evlidir, %72,6'sı lise ve üstü okul mezundur, %94,1'i kentsel alanda yaşamaktadır. Evli katılımcıların %77,6'sı (n=142) daha önce doğum yapmıştır, %79,6'sı (n=113) vajinal yolla, %23,9'u (n=34) sezaryenle doğum yapmıştır, 5 kadın hem vajinal hem sezaryenle doğum yapmışlardır.

Sezaryen tercihi yüzdesi tüm katılımcılarda %20,6, doğum yapmış olanlarda %22,5, sezaryenle doğum yüzdesi ise doğum yapmış olanlarda %18,8'dir. Katılımcıların yaş grubu, medeni durum, çalışma durumu, öğrenim düzeyi, kentsel ya da kırsal alanda yaşama gibi sosyodemografik özelliklerine ve doğum yapma durumları, yapmış oldukları doğumun şekli, hamilelik durumlarına göre doğum tercihleri arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların %10,9'u eşinin sezaryeni tercih ettiğini belirtmiştir, katılımcıların tercihleriyle eşlerinin tercihleri arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). En sık sezaryen tercih nedenleri ağrısız olması (%69,6), vajinal doğumdan korkma (%63,0), kolay olması (%30,4), vajinal doğumu istememe nedenleri arasında en sık belirtilenleri ağrı (%63,0), doğum sırasında vajinaya kesi yapılması (%30,4), önceki doğumda yaşadığı zorluklar (%28,3) olarak saptanmıştır.

Vajinal yolla doğumu tercihte önde gelen nedenler bebeği ve kendisi için iyi olacağına inanılması (%74,6), doğum sonrası komplikasyon gelişme riskinin daha az olduğuna inanılması (%49,2), vajinal yolla doğumun bebeğin yaşama hazırlamak anlamına geldiğine inanılması (%34,5), vajinal yolla doğum yapanların anlattıkları olumlu olaylar (%28,8), sezaryenle doğumu istememe nedenleri arasında önde gelenleri sezaryen geçirenlerin anlattıkları olumsuz olaylar (%45,2), ameliyat bölgesinin iltihaplanması (%40,7), kasık ve bel ağrısı (%34,5), kanama (%26,0) şeklindedir.

### Sonuç

Sezaryeni tercih etme ve sezaryenle doğum yüzdeleri, DSÖ'nün belirlediği kabul edilebilir sınırnın üzerindedir, ancak Türkiye'de kentsel alandaki düzeyin altındadır. Tıbbi endikasyon dışında, kadınların doğum şekli tercihlerini, doğum sürecindeki ağrı, çevresindekilerin doğum deneyimleriyle ilgili anlattıkları, komplikasyon olasılığı gibi faktörlerin etkileyebildiği gözlenmiştir. Kadınların doğru bilgilendirilmesi sezaryen yüzdesini düşürebilir.

### Anahtar Kelimeler

Doğum yöntemi, sezaryen, tercih, doğum deneyimi

- Yrd. Doç. Dr. Ercan GÖÇGELDİ, GATA Halk Sağlığı A.D. - ercang2002@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Muharrem UÇAR, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji A.D. - muharremucar@yahoo.com
- Doç. Dr. Mahir GÜLEÇ, GATA Halk Sağlığı A.D. - mglec@yahoo.com



## **BİR LOJMAN BÖLGESİNDE YAŞAYAN AİLELERİN DAMACANA SU KULLANMA ALIŞKANLIKLARI VE KULLANILAN SULARIN MİKROBİYOLOJİK VE KİMYASAL ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (TOPLUMUN DAMACANA SU KULLANMA ALIŞKANLIKLARI VE DAMACANA SULARININ ANALİZLERİ)**

Ö. Faruk TEKBAŞ, Recai OĞUR, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Aysun DAL, Ayşegül ÇİFTÇİ, Manolya YALÇINKAYA, Gözde KAYKIN, Fatma KOCABAŞ, G. Mahun ÇELİK

### **Giriş ve Amaç**

İnsan ve toplum sağlığını etkileyen etmenlerden en önemlisi içme ve kullanma sularının sağlıklı, temiz ve yeterli miktarda topluma ulaştırılmasıdır. Damacana suları içme suları için ideal değerlere sahip olması için kaynağından itibaren el değmeden tüketiciye ulaştırılmaktadır. Tüketiciye ulaşmasına kadar suyun kontaminasyonu önlemek ilgili kuruluşlara aittir. Açıldıktan sonra suyun sağlıklı ve temiz olması bireyler kendileri sağlamak zorundadırlar. Çalışmanın amacı: damacana su kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi ve kullanılan suların mikrobiyolojik ve kimyasal açıdan değerlendirilmesidir.

### **Gereç ve Yöntem**

Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi lojmanlarında yapılmıştır. tanımlayıcı tiptedir. Lojman bölgesinde bulunan 400 lojmandan evde bulunabilenlerden kullanıcılarına damacana suyu numunesi alınmış ve araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formları sözlü olarak uygulanmıştır. Katılımcıların numune alımı öncesi sözel olarak bilgilendirilerek izinleri alınmıştır. Araştırmanın ön denemeleri rasgele seçilen 12 dairede yapılmıştır. Su numuneleri 250 ml. steril kaplara alınmış. GATA Halk Sağlığı laboratuvarında mikrobiyolojik ve kimyasal açıdan analiz edilmiştir. Numuneler mikrobiyolojik analizde toplam koliform bakteriler açısından endo besiyerinde 36 °C'de 24 saat, toplam canlı açısından ise toplam canlı besiyerinde 36°C'de 24 ve 20°C'de 72 saat bekletilerek değerlendirilmiştir. Kimyasal analiz kapsamında: ion kromatografi cihazı kullanılarak CaCO<sub>3</sub>, flor, klor, nitrit, nitrat, fosfat, sülfat, lityum, amonyum, potasyum, kalsiyum, multi analizör kullanılarak pH, iletkenlik, TDS değerleri analiz edilmiştir.

### **Bulgular**

Katılımcıların %90'ının damacana suyu kullandıkları söz konusu kullanıcıların %50'sinin damacana pompasını hiç değiştirmedikleri, %15.3'ünün pompayı hiç temizlemedikleri saptanmıştır. Mikrobiyolojik incelemeler sonucunda: suların %53.1'inde toplam koliform analizinde üreme olurken, 36°C'deki toplam koloni analizinde %50.0, 20°C'deki toplam koloni analizinde %84.7 üreme olduğu bulunmuştur. Numunelerin %10.2'sinin bulanıklık ve renk açısından, %99.0'unun sülfat, kalsiyum ve potasyum açısından, %98.0'inin sodyum ve magnezyum açısından, %94.9'unun klor ve %14.3'ünün nitrit açısından uygun olmadığı değerlendirilmiştir.

### **Sonuç**

Sonuç olarak araştırmamıza katılan grupta damacana su kullanımının, alınan su numunelerinde mikrobiyolojik üremenin ve suların anyon-kasyon değerlerinin yüksek olduğu, pompa temizliğine gereken önemin verilmediği saptanmıştır. Damacana su kullanımında pompa temizliğinin önemine dair yazılı ve görsel eğitimler planlanmasının, damacana sularının kimyasal analizlerinin sorumlu kurumlarca daha sık ve özenli yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

### **Anahtar Kelimeler**

Su, damacana, kimyasal ve mikrobiyolojik analiz.

- Doç. Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, GATA - ftekbaz@yahoo.com
- Doç. Dr. Recai OĞUR, GATA - rogur@gmail.com
- Arş. Gör. Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA - histanbulluoglu@hotmail.com
- Aysun DAL, GATA
- Ayşegül ÇİFTÇİ, GATA
- Arş. Gör. Dr. Manolya YALÇINKAYA, GATA

## **BİRİNCİ BASAMAKTA HİPERTANSİYON HASTALARINA YÖNELİK EĞİTİM VE EVDE İZLEMİN İLACA UYUM VE HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE ETKİSİ**

**Rabia HACIHASANOĞLU, Sebahat GÖZÜM**

### **Giriş ve Amaç**

Hipertansiyon dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde erişkin ölümlerin %6'sından sorumlu tutulan 3. ölüm nedeni ve büyük ölçüde önlenebilir bir risk faktörüdür. Bu araştırma, birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Araştırma prospektif, öntest, sontest, kontrol gruplu, deneysel çalışma olarak Şubat - Kasım 2006 tarihleri arasında Erzincan il merkezinde bulunan 1, 2 ve 3 nolu sağlık ocaklarında ve hipertansiflerin evlerinde yürütülmüştür. Erzincan il merkezinde 5 sağlık ocağı bulunmaktadır. 1, 2 ve 3 nolu sağlık ocağı hasta yoğunluğu açısından diğer sağlık ocaklarına göre daha yoğun olduğundan çalışma bu sağlık ocaklarında yürütülmüştür. Bu sağlık ocaklarına başvuran, 130 hipertansif birey randomize olarak 3 gruba ayrılarak 43'ü ilaca uyum eğitimi (Grup A), 43'ü ilaca uyum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi (Grup B) ve 44'ü kontrol grubuna alınmıştır. Çalışma sürecinde ayrılanlar olduğu için araştırma her grupta 40 olmak üzere 120 hipertansif bireyle tamamlanmıştır.

A ve B grubundaki bireylere ayda bir kez, dördü sağlık ocağında ikisi evde olmak üzere toplam altı kez eğitim verilmiştir. Grup A'nın ilaca uyum eğitimi, Grup B'nin ilaca uyum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi yarı yapılandırılmış ve bireysel formatta yapılmıştır. Kontrol grubu ise sağlık ocağının rutin takiplerini almıştır.

Veriler sosyo-demografik özellikleri içeren tanımlayıcı form, İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçekleri ile kan basıncı ve boy, kilo ölçümleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, Varyans analizi, ileri analizde Tukey Bağımlı gruplarda t testi, Kendall's uyum katsayısı testleri kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Çalışma kapsamındaki kontrol ve deney gruplarındaki hipertansifler tanımlayıcı özellikleri bakımından benzerdir ( $p>0.05$ ). Grup A ve Grup B'nin eğitim sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaca ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik algıları artmış ( $p<0.001$ ), kontrol grubunda ise bir değişim olmamıştır ( $p>0.05$ ). Yapılan eğitim girişiminden sonra Grup A ve B'nin sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamalarının, kontrol grubuna oranla önemli derecede ( $p<0.001$ ), düştüğü, Grup B'deki kan basıncı düşüşünün A grubuna oranla daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Beden kitle indeksi en fazla B grubunda anlamlı bir düşüş göstermiştir. Eğitim girişiminden sonra Grup A ve B'de düzenli ilaç kullanan birey sayısı artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.001$ ), kontrol grubunda ise artış olmakla birlikte bu artış anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

### **Sonuç**

Çalışma sonuçlarına göre yarı yapılandırılmış ve bireysel yapılan her iki eğitiminde ilaca uyumu artırdığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği ve bunların etkisiyle kan basıncını anlamlı düzeyde düşürdüğü saptanmıştır. Birinci basamakta çalışan hemşireler tarafından hipertansif hastalarda antihipertansiflerin etkisini artırmak ve kan basıncını kontrol altında tutmak için hem ilaca uyum hem de sağlıklı yaşam biçimine ilişkin eğitim yapılması önerilmektedir.

### **Anahtar Kelimeler**

Hipertansiyon, İlaça uyum, Hasta eğitimi, Hemşire

• Yrd. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU, Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - rabia\_hhoglu@hotmail.com

• Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu - sgozum\_25@hotmail.com

## DIYARBAKIR'DA 2007-2008 GRİP MEVSİMİNDE YAPILAN İNFLÜENZA SÜRVEYANSI

**E. ASLAN, V. DORMAN, D. YALIM, H. KAYA ÖNER, A. CEYLAN**

### Giriş ve Amaç

İnfluenza: pandemi yapabilen bir hastalık olup, interpandemik dönemlerde yapılan sürveyans, salgıların erkenden anlaşılmasını sağlar. Bu çalışma sentinal sürveyans ve sürveyansa dahil olan Diyarbakır'da 2007-2008 grip mevsiminde yapılan çalışmaları değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (TSHGM) 2004/1534 sayılı yönergesine göre İnfluenza C sınıfında, sentinel sürveyansla bildirim ve takibi yapılan hastalıklardandır.

Sağlık Bakanlığının 2005/156 sayılı Daimi Genelgesi doğrultusunda İnfluenza sürveyansı 9 Ekim 2006 tarihinde, 14 ilde başlamış ve her yıl grip mevsiminde tekrarlanmaktadır. Diyarbakır'da genelgeye uygun olarak 10 sağlık ocağı ve Ergani Devlet hastanesi intaniye polikliniğinde görev yapan 1 gönüllü hekim sürveyansa katılmıştır

### Bulgular

Sürveyansa katılan SO'nın ETF nüfusları 222312 olup Diyarbakır merkez nüfusunun yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Dönem içinde sürveyansa katılan sağlık kurumlarından toplam 4514 olası vaka bildirilmiştir. Vakaların aylara göre dağılımı Kasım 711, Aralık 674, Ocak 784, Şubat 531, Mart 617, Nisan 566, Mayıs 348, Haziran 283 şeklindedir.

4514 vakanın yaş gruplarına göre dağılımı ise: 0-11ay: %7.9, 1-4y: %23.0, 5-14y: %20.5, 15-24y: %16.6, 25-44y: %19.3, 45-64y: %8.8 ve 65y ve üstü %3.7 olarak bulunmuştur.

Olası vakalardan 152 numune alınıp Refik Saydam Hfzızısıhha Merkez laboratuara gönderilmiştir. Ekim yapılan 151 örneğin 113'ünde üreme olmamıştır. 17 İnf-B, 3 İnf-A, 7 İnf-A/H1, 10 İnf-AH3, 3 Parainfluenza (Parainfluenzaların 2'si İnfA/H (+) vakalarla birlikte üremiştir) üremiştir.

### Sonuç

2007-2008 grip mevsiminde ulusal İnfluenza sürveyansının Diyarbakır'da yapılan bölümünde kasım-ocak ayları arasında vakalarda artış olmakla birlikte salgın eğrisi önceki yıllarla benzerlik göstermektedir. Yapılan ekimlerde 5 farklı virüs üremiştir. İnfluenza sürveyansı: virüsün subtiplerinin veya yeni varyantlarının tanımlanması ve erken dönemde saptanmasında büyük önem taşımaktadır.

### Anahtar Kelimeler

influenza, sentinal sürveyans

- Arş. Gör. Dr. Evrim Arslan, D.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Vedat Dorman, Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü
- Dr. Demet Yalım, Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi
- Halise Kaya Öner, Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi
- Öğr. Gör. Dr. Ali Ceylan, D.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

## EDİRNE VEREM SAVAŞ DISPANSERİ'NİN 2003-2007 YILLARINDAKİ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**U. BERBEROĞLU, M. ESKİOCAK, F. SOYLU, H. GÜL**

### Giriş ve Amaç

Günümüzde Tüberküloz, ciddi düzeyde önemini koruyan ve savaşımı yapılması gereken bir Halk Sağlığı sorunudur. Çalışmamızda, Edirne İli Verem Savaş Dispanseri'nin 2003-2007 yılları arasındaki çalışmalarının incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir kayıt çalışmasıdır. Edirne Verem Savaş Dispanseri'nin 2003-2007 yıllarına ait aylık bildirim formları ve yıllık çalışma raporları incelenmiştir.

### Bulgular

Son 5 yıldaki verilere göre, Edirne Verem Savaş Dispanseri'nce hizmet götürülen toplam nüfus 179 083 ile 181 638 arasında değişmektedir. Yıllık yeni olgu sayısı ortalama  $69.4 \pm 9.6$ 'dır (en az:59-en çok:85). Yıllık insidans hızı yüz binde 32 ile 46 arasında, prevalans hızı ise, yüz binde 37 ile 55 arasında bulunmuştur. Yıllara göre tedavi başarısı oranları (en az:% 81-en çok:% 98) arasında ve ilaçlı korumaya alınan hasta sayıları (en az:32-en çok:145) arasında anlamlı fark bulunmuştur (ki-kare = 17.207, p= 0.002 ve ki-kare = 8.19, p<0.001). Bakteriyolojik incelemelerde: ARB yalnızca 2003 yılında bakılmıştır. Kültür sayıları (en az:185-en çok:378) arasında da anlamlı fark bulunmuştur (ki-kare = 95.853, p<0.001).

### Sonuç

Edirne İli Verem Savaş Dispanseri'nde son 5 yıldaki veriler, tüberküloz yönetiminde bazı sorunlar yaşandığını düşündürmektedir. 2003 yılındaki sonuçlara ulaşarak daha da ileriye götürülmesi için ek bir çabaya gereksinim duyulmaktadır. Tüberkülozun tanı, tedavi ve izlenmesinde önemli bir görev üstlenen Verem Savaş Dispanserlerine personel, donanım ve bilimsel destek başta olmak üzere her türlü lojistik desteğin sağlanması, tüberküloz ile savaşta kazanımlarımızı artıracak mutlak bir gerekliliktir.

### Anahtar Kelimeler

Tüberküloz, Verem Savaş Dispanseri, Aylık Bildirim Formu

- Yrd. Doç. Dr. Ufuk Berberoğlu, Trakya Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - yberberoglu@yahoo.com
- Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - dreskiocak@hotmail.com
- Dr. Fazlı Soylu, Edirne Verem Savaş Dispoanseri
- Uzm. Dr. Hatice Gül, Edirne Sağlık Müdürlüğü - glhatice@yahoo.com

## EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ BİRİNCİ YILINDA İŞHAL SIKLIĞI VE İSHALLİ HASTALIKLARIN DENETİMİ PROGRAMI HİZMETLERİNİN DURUMU

**M. ESKİOCAK, G. V. SARAÇOĞLU, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, C. ZİYREK, N. GÜNÇİKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ**

### Giriş ve Amaç

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne'de İshal Sıklığı ve İshalli Hastalıklar Denetim Programı hizmetlerinin durumunu saptamak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma, Şubat 2008'da Edirne ilini temsil edici bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılarca hazırlanan yapılandırılmış anket formları aracılığıyla, bu konuda eğitilmiş tıp ve hemşirelik öğrencileri ile hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örneklem Büyüklüğü Belirleme Tablosundan  $5 \pm$  Doğruluk (accuracy) ve % 95 Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, 2 yaş altında 400 çocuk ve annesi ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocukların seçimi, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, yazılı bir rehberin yardımıyla tanınlanmış bir yöntemle uygun katılımcıları bulana dek kapı kapı gezerek yapılmıştır. Görüşme anında katılımcılara "İshal sıklığımı saptamaya ve ishal geçiren çocukların yönetimine ilişkin sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır.

### Bulgular

Çocuklarda son 2 hafta içinde günde 3 defadan fazla sulu dışkılama (ishal) sıklığı %13.6'dır. Bu sıklık kentte yaşayanlarda %12.3 ve kırsaldakilerde %9.6, romanlarda %17.5 (7/40), roman olmayanlarda %12.3'tür ve aradaki fark anlamlı değildir. İlk başvuru adresi kırsalda yaşayanlar % 43 ile özel sağlık kuruluşu, kentte yaşayanlarda % 37.5 ile Aile Sağlığı merkezidir. Bu hastalıkla ilgili bedava ilaç verilme sıklığı % 11 (6/54)'dir. Kenttekilerin %22'si ve kırsdakilerin %25'i (14/56); romanların %16.7'si (3/18), roman olmayanların %23.8'i konuyla ilgili beslenme önerilerinin verildiğini belirtmiştir.

### Sonuç

Tüm bu bulgulardan öne çıkan ek sonuç: kırsalda yaşayanların ishalli hastalıkların sağaltımında hizmeti daha çok özelden almayı tercih ettikleridir. İshalli hastalıkların denetiminde sorun vardır, kişiye yönelik bakımın İHDP önerilerinden uzak olduğu saptanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

İshal, dezavantajlı gruplar, aile hekimliği, lot kalite

- Doç. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - muzaffereskiocak@yahoo.co.uk
- Yrd. Doç. Dr. GAMZE VAROLSARAÇOĞLU, NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Arş. Gör. HASAN DEDELER, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Arş. Gör. Dr. TEOMAN ERASLAN, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Arş. Gör. Dr. NAGİHAN GÜNÇİKAN, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Yrd. Doç. Dr. SEVAL ALKOY, ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Prof. Dr. FARUK YORULMAZ

## ELAZIğ İL MERKEZİNDE YAŞLILARDA DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAYGINLIğI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

M. KARADAğ, S. E. DEVECİ, Y. AÇIK, M. ATMACA

### Giriş ve Amaç

Yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı yüksektir. Bu durum gerek risk faktörleri, gerekse sonuçları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler ile ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan bu çalışma; Elazığ il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 630 kişi üzerinde yapılmıştır. Örneklem grubu, Elazığ il merkezinde bulunan 18 sağlık ocağında mevcut ev halkı tespit fişlerinden randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçilmiştir. Örneklem alınan yaşlılara içerisinde Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin de (GDÖ) yer aldığı bir anket karşılıklı görüşme ile uygulanmıştır.

### Bulgular

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %50.5'i kadın, %49.5'i erkek olup, ortalama; yaşları  $71.28 \pm 5.45$ , ailede kişi başına düşen aylık gelirleri  $215.30 \pm 127.24$  YTL'dir. Yaşlıların %70.2'si evli, %29.8'i dul/boşanmış, %59.0'ı okur-yazar değil, %7.3'ünün sosyal güvencesi yoktur. Yaşlıların GDÖ ortalama puanı  $11.71 \pm 5.35$  (min:2, max:27 puan)'dir. GDÖ kesme noktasına göre, depresyon belirtileri görülenlerin oranı % 34.6'dır. Depresyon belirtileri görülme sıklığı; ileri yaşlarda, dul/boşanmışlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, kişi başına düşen gelir düzeyleri düşük olanlarda, sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, tek başına yaşayanlarda, çocuklarının desteğinden yoksun, yakınları ile olan ilişkileri kötü, hareket yeteneği kısıtlı ve uyku sorunları olanlarda, ayrıca şiddete maruz kaldığını belirtenlerde yüksektir ( $P < 0.05$ ). Cinsiyet, vücut kitle indeksi, sahip olunan çocuk sayısı, kronik bir hastalığı olup olmama durumu, hobi varlığı ise depresyon belirtileri görülme sıklığını etkilememektedir ( $P > 0.05$ ).

### Sonuç

Sonuç olarak; Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı yüksektir. Multidisipliner yaklaşımla, yaşlılarda depresyon ile ilişkili risk faktörleri de değerlendirilerek, bu gruba yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler düzenlenmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Yaşlılar, depresyon, risk faktörleri.

- Uzm. Dr. Mustafa KARADAğ, Sağlık Müdürlüğü, Bolu - muskardr@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Elazığ - edevenci@firat.edu.tr
- Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Elazığ - yacik@firat.edu.tr
- Doç. Dr. Murad ATMACA, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Elazığ - matmaca\_p@yahoo.com

## GENÇ ERİŞKİNLERDE KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ YAPMA SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Ercan GÖÇGELDİ, Necmettin KOCAK, Serdar ULUS, Cenk YEGİNER, Şeref BAŞAL

### Giriş ve Amaç

Testis kanseri 20-35 yaş grubu erkeklerde lösemiden sonra ikinci en yaygın malignitedir. Erken evrede saptandığında 5 yıllık yaşam şansı %99'dur. Erken tanı açısından bireylerin bilinçli olması ve kendi kendine testis muayenesini (KKTM) yapması önemlidir.

Bu çalışmanın amacı: genç erişkin erkeklerde Kendi Kendine Testis Muayenesi yapma sıklığının ve buna etki eden faktörlerin araştırılmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki çalışmada, Kasım 2007 askere alma döneminde Ankara'daki bir eğitim birliğine katılan genç erişkin erkeklerin %72.4'üne ulaşılmıştır (3645/5033).

Soru formunda; katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser ve testis kanseri ile ilgili aile öyküleri, KKTM ile ilgili tutumları ve KKTM, testis kanseri ve belirtilerine yönelik bilgi testinden oluşan bölümler yer almıştır.

Yirmişer kişilik gruplar halinde katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul edenlere soru formunda bulunan bazı terimler hakkında açıklamalar yapılmış, gözlem altında soru formlarının doldurulması sağlanmıştır.

Verilerin analizleri bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı özellikler frekans ve yüzde şeklinde belirtilmiş, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların %85.6'sı 20-21 yaş grubundadır, %93.4'ü bekar, %71.3'ü lise ve üstü okul mezundur.

Katılımcıların %6.8'i KKTM'yi duyduklarını, %4.7'si hayatı boyunca en az bir kez KKTM yaptığını belirtmiştir. Bir kez dahi olsa KKTM yapmadığını belirtenlerin %53.9'u KKTM'nin nasıl yapılacağını bilmediğini, %20.0'si neden yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir.

En az bir kez KKTM yapmış olduğunu bildiren 170 katılımcının %51.8'i ayda en az bir kez, %48.8'i duşta ve/veya duştan hemen sonra yaptığını belirtmiş, %41.2'sinin (tüm katılımcıların %1.9'unun) doğru zamanda ve sıklıkla yaptığını saptanmıştır. 25 yaş ve üstündekilerde, testis kanserini duyanlarda, KKTM'yi duyanlarda, bilgi testindeki her bir soruya doğru yanıt verenlerde en az bir kez dahi olsa KKTM yapma sıklığı daha yüksek olarak bulunmuştur (p<0.05).

### Sonuç

Çalışmamıza katılan genç erişkin erkeklerde KKTM'yi duyma ve yapma sıklıklarının oldukça düşük olduğu, testis kanseri ve belirtileri konusundaki sorulara doğru yanıt verenlerde KKTM yapma sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplumun bilgilendirilmesi ve ülke çapında düzenlenebilecek kampanyalarla KKTM konusunda toplumun dikkati çekilebilir.

### Anahtar Kelimeler

Kendi Kendine Testis Muayenesi (KKTM), Testis kanseri, genç erişkin erkek, asker

## GENÇLERDE SİGARA KONUSUNDA YÜRÜTÜLEN AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ SİGARA KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE SİGARA İÇME DAVRANIŞI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

H. FİLİZ, G. DİNÇ, S. CAMBAZ ULAS

### Giriş ve Amaç

Sigara kullanımı. Dünya’da ve Türkiye’de erken ölümlerin önlenabilir en önemli nedenidir. Adolesan çağ çocuklarda sigara içme oranı dünya çapında artmış ve sigarayı deneme yaşı çok küçük yaşlara düşmüştür. Randomize kontrollü bu çalışmada akran eğitimi programının sigara konusundaki bilgi düzeyi ve sigara içme davranışı üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma kapsamında Balıkesir Kent Merkezinde öğrencilerinin sosyoekonomik özellikleri benzer olan 2 çift okulun (toplam 4 okul) belirlenmesi ve bu çift okullardan random seçilen birer tanesinde sigara konusunda akran eğitimi programının yürütülmesi diğer ikisinin kontrol grubu olarak seçilmesi şeklinde yürütülmüştür. Bu okullarda eğitim öğretim gören 5.,6.,7., ve 8. sınıf öğrencilerinden (n=2767) üçte bir oranında örneğe çıkacak olan şubeler random olarak belirlenmiş, bu şubelere devam eden öğrencilerden program öncesi ve program sonrası anketi yanıtlamış olanlar, girişim grubu için akran eğitimcisi olarak çalışmamış olanlar ve kontrol grubu için ilgili dönemde sigara konusunda başka bir kaynaktan yapılandırılmış eğitim almamış olanlar çalışmaya alınmıştır. Girişim grubunda 475, kontrol grubunda ise 423 öğrenci yer almıştır. Araştırma grubundaki öğrencilere girişim öncesi bir anket uygulanmıştır. Öğrencilerden akran eğitimcisi olarak çalışmak isteyen gönüllü öğrencilere (n=53) sigara konusunda (sigaranın içerdiği zararlı maddeler ve insan sağlığına zararları vb.) okul yönetimlerinin uygun gördüğü saatlerde yazılı ve görsel materyaller kullanılarak eğitim verilmiştir. Eğitilen akran eğitimcileri hazırlanan el broşürleri, afişler ve kendi sözlü anlatımları ile girişim grubunu eğitmişlerdir. Akran eğitimcilerinin eğitiminden 2,5 ay sonra tüm öğrencilere girişim sonrası anket uygulanmıştır. Ankette sigara konusunda bilgi düzeyini değerlendiren 13 soru yer almakta olup, her soruya 1 puan verilerek öğrencilerin bilgi puanı hesaplanmıştır. Ayrıca ankette öğrencilerin sigara içme durumunu sorgulayan sorular da yer almıştır. Veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarında program sonrası sigara konusunda bilgi düzeyi artışı ortalamaları arasındaki farklılık öğrencinin sigara içmesi ve evlerinin tuvaletinin evin dışında olması değişkenleri açısından düzelterek kovaryans analizi ile değerlendirilmiştir. Program öncesi ve sonrası sigara içme davranışındaki tutarlılık ise kappa yaklaşımı ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Girişim grubunda bulunan öğrencilerin yaş ortalaması 12.64±1.13 olup, %45.8’i erkek, %54.1’i kızdır, kontrol grubundaki öğrencilerin ise, yaş ortalaması 12.71±1.13 olup, bu gruptaki öğrencilerin %50.1’i erkek, %49.9’u ise kızdır. Kontrol grubunda yer alan öğrencilerin girişim grubunda yer alan öğrencilere göre sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki öğrencilerin %22.6’sı sigara konusunda eğitim alan akranlarının kendilerine eğitim verdiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin program sonrası ve program öncesi bilgi puanı farklılıkları hesaplanmış, bilgi puanı artışı ortalaması girişim grubunda 0.51±2.22 ve kontrol grubunda 0.27±2.25 olarak saptanmıştır (p=0.08, kovaryans analizi). Girişim grubunda halen sigara içenlerin oranı girişim öncesinde %2.5 iken; girişim sonrasında %1.7’ye düşmüştür (kappa değeri 0.90, p=0.0001). Kontrol grubunda halen sigara içenlerin oranı girişim öncesinde %0.5 iken girişim sonrasında %0.9’dur (kappa değeri 1.00, p=0.0001).

### Sonuç

Araştırmanın sonuçları akran eğitimi programının sınırlı da olsa öğrencilerin sigara konusunda bilgi düzeyi üzerinde ve sigara içme davranışı üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu konuda uzun izlem dönemi olan akran eğitimi programlarının yürütülmesi önerilebilir.

### Anahtar Kelimeler

Sigara içme, bilgi, genç, akran eğitimi

- Hafize FİLİZ, Bursa Sağlık Müdürlüğü
- Doç. Dr. Gönül DİNÇ, CBÜ Halk Sağlığı A.D. - dincgonul@gmail.com
- Öğr. Gör. Seval CAMBAZ ULAŞ, C.B.Ü. Sağlık Yüksek Okulu - seval.cambaz@hotmail.com



## ISPARTA İLİ MERKEZ VE ÇEVRE İLÇE-KÖYLERİNDE 2000-2008 YILLARI ARASINDAKİ VEREM-SAVAŞ DISPANSERİ KAYITLARININ İNCELENMESİ

**E. ZENGİN, A. N. KİŞİOĞLU, Y. SÖNMEZ**

### Giriş ve Amaç

Tüberküloz, asıl olarak akciğerlerde yerleşen, fakat kan ve lenf yoluyla tüm vücuda yayılabilen mikrobik, bulaşıcı, ilerleyici bir hastalıktır. Halen dünyada ve ülkemizde genç ve orta yaş nüfusun en yaygın, ölümcül bulaşıcı hastalıklarından biri olmaya devam etmekte ve yılda 3 milyonu aşkın kişi Tüberküloz nedeniyle kaybedilmektedir. Ülkemizin hastalık insidansı açısından başarılı kontrol programı uygulamış ülkeler ile, kötü programlar uygulamış ülkeler arasında bir konumu olduğu görülmektedir. Ülkemizde hasta insidansı yüz binde 27'dir. Bu çalışma, Isparta İli Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı, 2000-2008 yılları arasında Tüberküloz tanısı ile tedavi altına alınan hastaların demografik bilgileri, tanı ve tedavi sonuçlarının kayıtlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Şubat 2008'de retrospektif kayıtlar incelenerek yapılan tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini; Isparta Verem Savaş Dispanseri'nde kayıtlı, merkez ve çevre yerleşim birimlerinde, 2000-2008 yılları arasında Tüberküloz tanısı alıp tedavi olmuş veya olmakta olan 183 hasta oluşturdu. Tüberküloz hastalarının sosyo-demografik özellikleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, mesleki durumları ile tanı-tedavi yerleri ve klinik belirti-bulgularını içeren anket formu kayıtlardan faydalanılarak dolduruldu. Toplanan veriler SPSS 9.05 paket programında, tanımlayıcı istatistik ile analiz edildi.

### Bulgular

Kayıtlara göre hastaların %39.9' u kadın, %60.1' i erkek, yaş ortalamaları  $46.4 \pm 19.2$  olup %67.6' sı ise evliydi. Hastaların tedavi süre ortancası 10 (en küçük=4 , en büyük değer=65 ) ay idi. Hastaların %51.2' si ilkokul mezunu, %12.2' si ise okur yazar değildi. Hastaların sağlık güvencelerinin dağılımında ilk sırayı Sosyal Sigortalar Kurumu almaktaydı (%39.4).Kadınların %73.3' ü ev hanımı, erkeklerin %49.4' ü ise serbest meslek çalışanıydı. 2008 Şubat ayı itibariyle Isparta Verem Savaş Dispanseri kayıtlarına göre 12 (%54.6)' si merkezde, 10 (%45.4)' u ilçe ve köylerde olmak üzere toplam tedavi altında 22 aktif hasta bulunmaktaydı. 2000-2008 yılları arasında en fazla olguya 2005 yılında ulaşılmıştır (51 olgu). Kayıtlardaki verilere göre Tüberküloz hastalarının %11.5' inin ailesinde de Tüberküloz mevcut olup %27.3'ünde ise Tüberküloz dışında başka bir hastalığı vardı. Tüberküloz dışı hastalıkların başında, Kalp-Damar hastalıkları gelmekteydi (%29.5).Akciğer dışı organ tutulumu olanlar %37.1, en sık tutulumda %37.5 oranıyla lenf bezi tutulumu idi. Tüberküloz tanısının konulduğu yerler arasında ilk sırayı Devlet Hastaneleri (%48.2), tedavi başlama yeri olarak ise ilk sırayı Verem Savaş Dispanserleri (%33.1) almaktaydı. Hastaların en sık başvuru şikayeti öksürüktü (%25.4). Hastaların %98.0'ında Tüberküloz tedavi protokolü tamamlanmış, başlangıç tedavi protokolü sonunda %51.0'ında tam iyileşme sağlanmıştır.

### Sonuç

Ülkemizdeki Tüberküloz insidansına göre, Isparta Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı Tüberküloz hastalarının yılda 80 olgu civarında olması gerekirken, en yüksek düzeye ulaştığı 2005 yılında bile 51 olguda kalması, kayıt altına alınan olguların yetersiz kaldığını göstermektedir. Verem Savaş Dispanseri kayıtları, ülkemizdeki durumun tam ve doğru olarak bilinmesi; gelecekteki faaliyetlerin planlanması ve önceliklerin belirlenmesinde, Avrupa ve Dünyadaki diğer ülkelerle karşılaştırılacak verilerin elde edilmesinde çok önem taşımaktadır. Bu nedenle, bildirim zorunlu hastalık olan Tüberküloz'un tanısını koyan sağlık birimlerinin, Verem Savaş Dispanseri'ne bildirimde bulunmak konusunda bilgilendirilmelerinin ve bu konuda hekimlere yönelik hizmet içi eğitim düzenlemelerinin olumlu olacağını söyleyebiliriz.

### Anahtar Kelimeler

Isparta, Tüberküloz, Verem Savaş Dispanseri.

- Arş. Gör. Dr. Erman ZENGİN, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ezengin@med.sdu.edu.tr
- Doç. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - anesimi@med.sdu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - yoncasonmez@yahoo.com

## İKİ FARKLI COĞRAFİ BÖLGEDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARINDA İÇ ORTAM HAVASINDA CO<sub>2</sub> KONSANTRASYONU DEĞERLENDİRİLMESİ

S. KÖKSAL, S. GÖKÇE, E. ERGİNÖZ, S. ERDOĞAN, A. KAYPMAZ, E. YURTSEVEN

### Giriş ve Amaç

İnsanlar günlük yaşamlarının %80-90'nını okullar, bürolar, konutlar, kapalı spor salonları, eğlence yerleri ve taşıtlar gibi kapalı ortamlarda geçirmektedirler. Çocuklar birim kütle başına daha fazla hava teneffüs ettiklerinden, kirliliğin iç ortam havasından daha fazla etkilenmektedirler. Karbon dioksitin iç ortamdaki ana kaynakları sızdıran bacalar ve fırınlar, gaz su ısıtıcıları, odun sobaları, yanan yüzeyler, gaz sobaları, garajlardaki otomobillerin eksoz dumanları ve sigara dumanı olarak belirtilmektedir. Yine kapalı ortamlardaki kişi sayısı arttıkça ve yeterli havalandırma sağlanmadığı takdirde mevcut CO<sub>2</sub> düzeyi çok daha yüksek seviyelere ulaşabilmektedir. Çocuklar vakitlerinin önemli bir kısmını okullarda geçirdiğinden, ortamdaki CO<sub>2</sub> düzeyinin tespit edilmesi bu açıdan önem kazanmaktadır. Bu nedenle çalışmada iki farklı coğrafi bölgede bulunan ilköğretim okullarındaki sınıflarda CO<sub>2</sub> konsantrasyonunun tespit edilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma İstanbul ilinde Fatih ve Silivri ilçelerindeki resmi İlköğretim okullarında yapılmıştır. İki ilçede toplam resmi N:96 okul içerisinde, %95 güven ve %80 güç ile her ilçeden 10'ar okul saptanmış, oluşturulan listeden tesadüfî olarak seçilmiştir. Ölçümler Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında okulların güney cephesi ve giriş katlarında ders boyunca yapılmıştır. Çalışmada ölçüm amacıyla IAQRAE (Indoor air quality monitor) cihazı kullanılmıştır. Ölçümler sırasında 20 sınıfın 2 tanesinde pencereler açık durumda bulunmaktadır. Ölçümlerde IAQRAE cihazı ile 60 saniyede bir örneklem alınmış, dersin başlangıcından sonuna kadar toplam 40 ölçüm sürekli yapılmıştır.

### Bulgular

Ölçümler sırasında pencereleri kapalı durumda olan 18 sınıftaki CO<sub>2</sub> konsantrasyonunun zamanla arttığı, pencereleri açık durumda olan 2 sınıfın CO<sub>2</sub> düzeylerinin ilk ölçüme başlandığı andan itibaren düşüşe geçtiği belirlenmiştir. Fatih ilçesinde ortalama CO<sub>2</sub> konsantrasyonu 2260,24±1092,23 ppm, maksimum CO<sub>2</sub> konsantrasyonu 4702 ppm, minimum 662 ppm ölçülürken, Silivri ilçesinde ise ortalama CO<sub>2</sub> 2090,97±558,10 ppm, maksimum 3434 ppm, minimum 829 ppm olarak belirlenmiştir. Ortalama değerler USEPA tarafından CO<sub>2</sub> için belirlenen müsaade edilebilir üst limit değer olan 1000 ppm'in üzerindedir.

### Sonuç

Bu verilerden mümkün olduğunca havalandırmaya önem verilmesi ve sınıflardaki öğrenci sayısının azaltılması düşünülmektedir.

### Anahtar Kelimeler

İç ortam, CO<sub>2</sub>, çocuklar,

- Öğr. Gör. Dr. ERAY YURTSEVEN. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - eyurt@istanbul.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. SELÇUK KÖKSAL. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. Dr. SEHER GÖKÇE. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. SARP ERDOĞAN. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. ETHEM ERGİNÖZ. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Prof. Dr. AYŞE KAYPMAZ. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.

## İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME ÇOCUKLARINDA ASTIM PREVALANSI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ; MANİSA ÖRNEĞİ

**Saliha ALTIPARMAK, Osman ALTIPARMAK, Hatice YILDIRIM SARI**

### **Giriş ve Amaç**

Astım, dünyada en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan biridir. Yapılan bir çok çalışmada, son yıllarda astımın görülme sıklığında artış olduğu ve özellikle çocuklarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Astım atak ve remisyon dönemleri ile seyreden bir hastalıktır. Ataklar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Amaç: Manisa il merkezinde ilköğretim ikinci kademe çocuklarında astım sıklığı ve astım- yaşam kalitesi ilişkisinin belirlenmesidir.

### **Gereç ve Yöntem**

Çalışmaya Manisa kent merkezini temsilen üç farklı sosyoekonomik bölgeden Milli Eğitim Müdürlüğü'nün belirlediği üçer okul alınmış ve (üç sosyoekonomik düzeyi düşük, üç orta düzeyde ve üç yüksek sosyoekonomik düzey) toplam 763 ilköğretim ikinci kademe öğrencisine anket uygulanmıştır. Çalışmada üç farklı anket formu kullanılmıştır. Sosyo-demografik anket formu, International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) anketi ve Kiddo Kindl Yaşam Kalitesi Ölçeği.

### **Bulgular**

Çalışmaya alınan çocukların %16.5'i yaşamlarının herhangi bir döneminde "wheezing" tanımlanmıştır. Doktor tarafından astım tanısı oranı %10.9, son 12 ayda "wheezing" veya atak geçirme oranı %10.7 olarak bulunmuştur. Toplam yaşam kalitesi puanları ve yaşam kalitesi alt alanları olan bedensel alan, ruhsal alan, aile, arkadaş ve hastalık alan puanları astımlı çocuklarda astımlı olmayan çocuklara göre daha kötüdür ( $p < 0.05$ ).

### **Sonuç**

2008 yılında Manisa il merkezinin ülkemizde astım semptomlarının sık görüldüğü illerden biri olduğu söylenebilir. Aynı zamanda astım çocuklarda yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen önemli bir faktördür.

### **Anahtar Kelimeler**

Astım, yaşam kalitesi, çocuk

- Öğr. Gör. Saliha Altıparmak, ebü-sağlık yüksekokulu - salihaozpinar@gmail.com
- Uzm. Dr. Osman Altıparmak, manisa devlet hastanesi - osmanzara@gmail.com
- Öğr. Gör. Dr. Hatice Yıldırım Sarı, dokuz eylül üniversitesi hemşirelik yüksekokulu

## İSTANBUL İLİ ÜMRANIYE İLÇESİNDEKİ İLKÖĞRETİM 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAğLIK DURUMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ

**M. F. ÖNSÜZ, A. N. OZAYDIN**

### **Giriş ve Amaç**

Okul dönemi geleceğin sağlıklı toplumunu oluşturma bakımından çok önemli bir dönemdir. Öğrenmeyi zorlaştıran anemi, işitme ve görme azlığı gibi sağlık sorunları erken saptanıp çözümlenebilir. Aileden çıkıp ilk kez toplu yaşama başlayan çocuklardaki bulaşıcı hastalıklar erkenden tanınıp tedavi edilerek, salgın olması engellenebilir. Araştırmanın amacı, İstanbul ili Ümraniye ilçesindeki ilköğretim okulları 1. sınıf öğrencilerinin genel sağlık durumlarını değerlendirmektir.

### **Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipte planlanan araştırma Ümraniye ilçesindeki ilköğretim okulları 1. sınıflarında öğrenim gören 11566 öğrenciden randomize olarak seçilen 450 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Örnekleme seçilen öğrencilerin okullarına gidilerek sistematik muayeneleri yapılmış, kan basınçları, boy ve ağırlıkları ölçülmüş ve kanları alınarak hematokrit değerleri tespit edilmiştir. Veriler Eylül-Aralık 2005 tarihleri arasında toplanmış ve SPSS 11.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin %50.9'u kızdır. Öğrencilerin %13.6'sı geçmişte bir hastalık geçirmişken, %6.0'sının halen tedavisi süren hastalığı vardır. Öğrencilerin %0.4'ünde ilaç, %0.9'unda ise besin alerjisi vardır. Öğrencilerin yaş ve cinsiyetlerine göre %5.5'i kısa olup %11.6'sı uzundur. Ağırlık açısından %0.9'u zayıf iken %8.0'i obez olarak tespit edilmiş ve cinsiyete göre öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Öğrencilerin %4.0'ü prehipertansif ve %6.2'si hipertansif, %4.2'si malign hipertansif bulunmuş olup hipertansiyon grupları açısından cinsiyetler arasındaki farklılık anlamlıdır. Öğrencilerin %7.3'ünde anemi tespit edilmiştir. Ayrıca öğrencilerin %3.3'ünde bit saptanmış ve kızlarda oran yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin %5.4'ünde kulak, %3.8'inde boğaz, %2.4'ünde boyun, %3.6'sında akciğer ve %0.9'unda kalp rahatsızlıkları saptanmıştır. Öğrencilerin %5.1'inin sağ gözünde, %7.6'sının ise sol gözünde görme keskinliği zayıf bulunmuştur. Öğrencilerden sadece bir tanesinde (%0.2) şaşılık tespit edilmiştir. İşitme problemiyle ilgili herhangi bir bulgu tespit edilmemiştir.

### **Sonuç**

Koruyucu sağlık yaklaşımı ile okula başlayan öğrencilerin belli aralıklarla büyüme ve gelişmenin izlenmesi dahil genel sağlık durumunun taranarak geliştirilmesi, okulda geçirilen zamanın daha etkin öğrenme ile sonuçlanması, daha sağlıklı toplum hedeflerine ulaştıracaktır.

### **Anahtar Kelimeler**

İlköğretim okulu, sağlık taraması, okul sağlığı

- Uzm. Dr. M. Fatih Önsüz, Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü - mfo17@hotmail.com
- Öğr. Gör. Dr. A. Nilüfer Özaydın, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. - nozaydin@gmail.com

## İSTANBUL'DA BİR İLAÇ SEKTÖRÜ ÇALIŞANLARINDA KAN BAĞIŞI KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞ ARAŞTIRMASI

**A. E. ÖNAL, S. CEVİZCİ**

### Giriş ve Amaç

Kan bağışı, gönüllü ve kan bağışına uygun bir bağışçıdan çeşitli kan ürünleri elde etmek amacıyla kan merkezleri tarafından kan alınmasıdır. Güvenli kan, kan vermeye bilinçli olarak gönüllü olmuş bağışçılardan sağlanan kandır. Bilinçlilik bilgilendirilmiş olmayı gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sloganı "Güvenli kan benimle başlar" dır. Kan bağışı gönüllülerinin halk arasında yüksek olması çok daha fazla hayat kurtarıcı olacaktır. Bu nedenle bu çalışmada öncelikle bir sağlık sektörü çalışanlarında bu konu ile ilgili bilgi ve davranışın araştırılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tanımlayıcı bu çalışmada: İstanbul'da bir ilaç sektöründe, örnekleme yapılmaksızın tüm çalışanlara kan bağışı anket formu Ocak-Mart 2008'de çalıştıkları işyerinde "gözlem altında yanıtlama yöntemi" ile uygulandı. Çalışanların % 90 ı araştırmaya katılmada gönüllü oldu (n:135). Veriler SPSS paket programa girilerek frekans ve yüzde oran olarak değerlendirildi.

### Bulgular

Araştırmaya katılan 135 katılımcının %45.9 (n:62)'ü erkek, %54.1 (n:73)'i kadın idi. Katılımcıların yaş ortalaması 31.98 olup %2.2 (n:3)'si ilköğrenim, %8.9 (n:12)'ü lise, %88.9 (n:120)'ü üniversite ve üzeri eğitilmiş idi. Katılımcıların %27.4 (n:37)'ü gönüllü olarak kan bağışı yapmıştı, %9.6 (n:13)'sı çok acil bir ihtiyaç için kan bağışı yapmıştı, %5.2 (n:7)'si akrabalarından birinin çok acil bir ihtiyacı için kan bağışı yapmıştı, %13.3 (n:18)'ü kan bağışı yapmamıştı ama yapmayı düşünüyordu, %44.4 (n:60)'ü kan bağışı yapmamıştı. Kan verirken bir seferde 450 ml. kan bağışı yapılabildiğini bilenlerin oranı %26.7 (n:36), en fazla 2-3 ayda bir kan bağışı yapılabildiğini bilenlerin oranı %30.4 (n:41), bağış yapılan kanın kan merkezinde hastaya verilmek üzere en fazla bir yıl saklanabildiğini bilenlerin oranı %7.4 (n:10), 18-65 yaş grubunun kan verebildiğini bilenlerin oranı %37.8 (n:51), 50 kg.ın üstündekilerin kan verebildiğini bilenlerin oranı %65.2 (n:88) idi. 10 yaşından sonra Viral Hepatit A geçirenlerin, Hepatit B ve C geçirenlerin, HIV taşıyıcılarının, sıtma gibi kan yolu ile geçen bir hastalığı olanların, pıhtılaşma bozukluğu gibi bir kan hastalığı olanların ve cinsel yolla bulaşan bir hastalığı olanların bağışçı olamayacağını bilenlerin oranı % 24.4 - %67.4 arasında değişiyordu.

### Sonuç

Bu çalışmada, bir ilaç sektörü çalışanlarında kan bağışı gönüllülüğünün düşük (% 27.4) ve bu konuda bilgi düzeyinin de düşük olduğu saptandı.

### Anahtar Kelimeler

Kan bağışı, bilgi düzeyi, davranış.

- Doç. Dr. Ayşe Emel Önal, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı - onale@istanbul.edu.tr
- Arş. Gör. Sibel Cevizci, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı - sibeloy@gmail.com

## KAPALI ORTAMDA SİGARA KULLANIMININ HAVA KALİTESİNE ETKİSİ VE BU ORTAMDA ÇALIŞAN KİŞİLERDE ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ GÖRÜLME SIKLIĞI

**G. BOZTAŞ, H. ÖZCEBE, S. ÖZKAN, G. ÖZLEM, V. ÜLKER**

### Giriş ve Amaç

Araştırmanın amacı sigara kullanımının serbest olduğu lokanta, kahve, kafeterya gibi ortamlarda ve sigara kullanımının yasak olduğu ortamlarda PM10 seviyesinin tespit edilmesi ile ölçüm yapılan işyerlerinde çalışan personelin üst solunum yolu enfeksiyonu arasındaki ilişkinin saptanmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Kampusu çevresindeki Sarıkadı Sokak, Dumlupınar ve Cemal Gürsel Caddesinde bulunan ve kapalı ortama sahip 40 işyeri ve çalışanları (n=184) araştırma kapsamına alınmıştır. Tanımlayıcı tipteki çalışmada 167 (%91.7) kişiye ulaşılmıştır. Veriler 25 sorudan oluşan bir anket formu ile yüz yüze doldurulmuştur. Anket yapılan kişilerin sosyodemografik özellikleri, işyerindeki konumu ve üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme sıklığı; işyerinin türü, çalışan sayısı, sigara kullanımına ilişkin işyerinin durumu, işyerinin hacmi, havalandırma durumu ve partikül sayısı ölçümü araştırmanın değişkenlerini oluşturmaktadır. Ortam hava kalitesi ölçüm için aerosol monitör, ortam hacmini ölçmek için Zircon marka s40 aleti kullanılmıştır. Analizlerde yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması ( $\pm$ SS) 33,3 ( $\pm$ 11,3) yıldır; %79,6'sı erkektir. Ortalama PM10 seviyesi 0,353mg/m<sup>3</sup>'dür (DSÖ kriterine göre <0,025 mg/m<sup>3</sup> olmalıdır). Ölçüm yapılan 40 işyerinin % 15,0'inde PM10 seviyesi <0,025 mg/m<sup>3</sup> saptanmıştır. Çalışan kişilerin %55,7'si devamlı sigara kullanmakta olup %31,1'i hiç sigara kullanmadığını bildirmiştir. Sigara kullanımının yasak olduğu ve olmadığı işyerlerinde çalışanlarında kronik solunum yolu yakınmaları bulunma durumu sırasıyla %62,2 ve %23,3'dür (p=0,0001). PM10 seviyesi <0,025 mg/m<sup>3</sup> ve >0,025 mg/m<sup>3</sup> olan işyerlerinde çalışan ve sigara kullanan kişilerde kronik solunum yolu yakınması bulunma durumu sırasıyla %25,0 ve %69,9'dur (p=0,017). Sigara kullanımının yasak olduğu ve olmadığı işyerlerinde çalışan kişilerde üst solunum yolu enfeksiyonu ve kronik solunum yolu hastalığı görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,536, p=0,057).

### Sonuç

Kapalı ortamda sigara kullanımının partikül miktarının artırarak hava kalitesini bozduğu ve yüksek partikül seviyesine sahip işyerlerinde çalışan özellikle de sigara kullananlarda kronik solunum yolu yakınması görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Ancak partikül seviyesinin yüksek ve düşük olduğu işyerlerinde çalışan kişilerde üst solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı açısından bir fark tespit edilememiştir.

### Anahtar Kelimeler

Sigara, kapalı ortam hava kalitesi, PM10

- Arş. Gör. Dr. Güledal Boztaş, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - boztasguledal@yahoo.com
- Prof. Dr. Hilal Özcebe, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - hozcebe@hacettepe.edu.tr
- Dr. Selçuk Özkan, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Gülbüz Özlem, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Volkan Ülker, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

## KARDİYOYASKULER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF-BD) ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİĞİ

**İnci ARIKAN, Selma METİNTAŞ, Cemalettin KALYONCU**

### Giriş ve Amaç

Kardiyovasküler (KVH) hastalıklardan korunma stratejileri gereği, KVH risk faktörleri bilgi düzeyini ölçmeye ihtiyaç vardır. Ülkemizde KVH risk faktörleri için bilgilendirme çalışmaları çok yeni olarak başlamaktadır. Bu çalışmaların temelini oluşturan eğitim programlarının planlanmasında ve programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde ayrıca KVH risk faktörleri açısından toplumdaki bireylerin izlenmesi için bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Çalışmanın amacı, erişkinlerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyini ölçmede kullanılacak bir ölçeğin oluşturulması ve geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği, literatürden yararlanılarak hazırlandı. Ölçekte yer alan 28 maddeden ilk 4'ü kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini, 15 madde risk faktörlerini, 9 madde ise risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktaydı. İfadeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunuldu ve katılımcıların bu ifadelere "Evet" "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde cevaplar vermeleri istendi. Ölçek, güvenilirlik ve geçerliliğinin test edilmesi amacıyla 20 yaş üzeri 200 kişiye uygulandı. Bunlardan 144 kişide testi ve yeniden testi sonrası değerlendirmesi yapılabildi. Ölçeğin güvenilirliği Kuder- Richardson yaklaşımı ile Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile iç tutarlılık hesaplanarak gösterildi. Testin geçerliliğinin belirlenmesinde, kendisinde ve/veya ailesinde KVH öyküsü olan ve olmayan bireylerin KARRİF-BD Ölçeği'nin puan ortalaması karşılaştırıldı.

### Bulgular

KARRİF-BD Ölçeği'nin maddelerine doğru cevap yüzdesi, %44.5 ile %96.5 arasında değişmekteydi. KARRİF-BD Ölçeği'nin puan ortalaması: 19.27, S.D. = 3.20, puanın uç değerleri 5-27 arasındaydı. Madde-toplam korelasyonunun kestirim değeri (median değeri) 0.26, uç değerleri 0.13-0.51 arasındadır. Test iç tutarlılık katsayısı - Cronbach alpha: 0.768 olarak bulundu. Test ve yeniden testi sonrasında elde edilen ölçek toplam puanları arasında pozitif korelasyon vardı (Spearman Korelasyon  $r = 0.850$ ;  $p=0.000$ ). Testin geçerliliğinin belirlenmesinde, kendisinde ve/veya ailesinde KVH öyküsü olan bireylerde KARRİF-BD Ölçeği'nin puan ortalaması ( $X \pm SD=20.24 \pm 3.07$ ), öyküsü olmayan bireylerde ( $X \pm SD=19.25 \pm 3.24$ ) daha yüksek olarak bulundu ( $t=2.156$ ;  $p=0.032$ ).

### Sonuç

KARRİF-BD Ölçeği, Türkiye'de bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyini belirlemede kullanılacak, güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış ilk ölçek özelliğini taşımaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, bilgi düzeyi, ölçek, geçerlik, güvenilirlik.

- Arş. Gör. Dr. İnci Arıkan, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - incikiline@mynet.com
- Prof. Dr. Selma Metintaş, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - selmamet@ogu.edu.tr
- Prof. Dr. Cemalettin Kalyoncu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - kalyoncu@ogu.edu.tr

## KAYSERİ MELİKGAZİ SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN GEBE KADINLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE BESLENME DURUMLARI

B. ÇİÇEK, M. YILMAZ, H. ŞAHİN, D. KATRANCI, M. AYKUT, E. BALCI, N. CELİK, N. İNANÇ

### Giriş ve Amaç

Gebelik döneminde beslenme, hem bebeğin hem de annenin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma Kayseri Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan gebe kadınların sosyodemografik özellikleri ve beslenme durumlarını saptamak amacıyla yürütülmüştür.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma: bir müdahale çalışmasının ön verilerinin değerlendirilmesidir. Çalışmada, Kayseri Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde yaşayan ve son trimesterde bulunan gebe kadınlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 404'ü araştırma kapsamına alınmıştır. Sosyodemografik özellikler ve beslenme durumlarını saptamak üzere hazırlanan anket formu, evlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Değişkenlere ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare testi uygulanmıştır.

### Bulgular

Araştırma kapsamındaki kadınların %60.4'ü 20-29 yaş arasında, %60.6'sı ilköğretim mezunu, %90.6'sı ev hanımı, %68.6'sı çekirdek aileye mensup olup, %66.3'ü ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmiştir. Kadınların; yaş, ilk evlilik yaşı ve ilk gebelik yaşı ortalamaları sırasıyla 26.9±5.6, 20.3±0.2 ve 21.6±0.2 yıl, ortalama gebelik sayısı 2.4±0.1 ve yaşayan çocuk sayısı 1.7±0.9 bulunmuştur. %74.8'i son çocuğuna isteyerek gebe kalmıştır. %9.2'si halen sigara kullanmaktayken, %10.1'i gebelik nedeniyle sigara kullanmayı bırakmıştır. Kadınların %90.8'i vitamin-mineral desteği kullanmakta olup, %62.9'u gebelikte beslenme ile ilgili bilgi almıştır. Kadınların tükettikleri ortalama öğün sayısı 3.2±0.0'dır. Gebelik döneminde et-yumurta-kurubaklagiller, süt grubu, sebze-meyve, tahıllar, şeker, bal, pekmez ve yağ tüketimlerini arttıranların oranı sırasıyla; %37.6, %50.2, %53.0, %20.5, %20.0, %19.0, %30.7 ve %5.2'dir. Lise ve üzeri eğitim alan kadınlardan gebelik döneminde et-yumurta-kurubaklagiller, süt grubu ve sebze-meyve tüketimlerini arttıranların oranı daha az eğitim alanlara göre; çalışan kadınlardan et-yumurta-kurubaklagiller, süt grubu, sebze-meyve ve pekmez tüketimlerini arttıranların oranı ev hanımlarına göre ve yine 19 yaş ve altı kadınlardan gebelik döneminde şeker tüketimlerini arttıranların oranı, diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

### Sonuç

Gebelikte tüm kadınların besin tüketimlerinde doğru değişiklik yapmaları beklenirken, değişiklikler istenilen düzeyde bulunamamıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe, gebelikte besin tüketimlerinde doğru değişiklik yapanların oranı artmaktadır. Eğitim düzeyi gebelikte doğru besin tüketimini etkilemektedir.

### Anahtar Kelimeler

Beslenme, gebelik, sosyodemografik özellikler

- Yrd. Doç. Dr. Betül ÇİÇEK, Erciyes Üniversitesi - bcicek@erciyes.edu.tr
- Öğr. Gör. Müge YILMAZ, Erciyes Üniversitesi - muyilmaz@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Habibe ŞAHİN, Erciyes Üniversitesi - habibe@erciyes.edu.tr
- Okutman Dilek KATRANCI, Erciyes Üniversitesi - dkatranci@erciyes.edu.tr
- Prof. Dr. Mualla AYKUT, Erciyes Üniversitesi - maykut@erciyes.edu.tr
- Öğr. Gör. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi - ebalci@erciyes.edu.tr



## KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ KONUSUNDA GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERE VERİLEN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Necmettin KOÇAK, Ercan GÖÇGELDİ**

### **Giriş ve Amaç**

Testis kanseri 20-35 yaş grubu erkeklerde lösemiden sonraki en yaygın malignitedir. erkeklerde ikinci ve üçüncü dekatta kansere bağlı ölümlerde birinci sıradadır. Bu yükseklikte, erken tanıda geç kalınmasının önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Erken tanı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi önemlidir. Bazı ülkelerde bu konuda kampanyalar düzenlenmektedir. Bu çalışmada amaç, kendi kendine testis muayenesi(KKTM) konusunda genç erişkin erkekler için verilen eğitimin değerlendirilmesidir.

### **Gereç ve Yöntem**

Müdahale tipinde planlanan bu çalışma, GATA Destek Kıtalarında görevli 329 askerde gerçekleştirilmiştir. Soru formunda, katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerini, KKTM uygulama durumlarını, KKTM uygulaması-testis kanseri ve belirtilerine yönelik bilgi düzeyleri hakkında bilgi edinmeye yönelik sorular (15 adet) yer almıştır. 25-30 ar kişilik gönüllü gruplar halinde katılımcıların gözlem altında soru formunu doldurmaları sağlanmış, ardından testis kanserinin belirtileri, erken tanısı, KKTM uygulaması konularında katılımcılara bir konferans verilmiş, daha sonra soru formunun bilgi testini içeren kısmı tekrar uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzdeleri ile ki-kare ve t-testleri kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Katılımcıların yaş ortalaması  $24.1 \pm 2.96$ 'dır. %87.8'i bekadır, %50.2'si fakülte-yüksekökol mezunudur, %8.2'si sağlık sektöründe çalışmaktadır.

Katılımcıların %48.3'ü testis kanserini duymadığını, %5.2'si birinci derece akrabalarında, %16.4'ünde diğer akrabalarında herhangi bir kanser öyküsünün bulunduğunu, %20.7'si KKTM'yi duyduğunu, %8.8'i (n=29) hayatı boyunca en az bir kez KKTM yaptığını belirtmiştir. Hayatı boyunca bir kez dahi KKTM yapmayanların %57.6'sı nasıl yapılacağını bilmediğini, %17.2'si neden yapılması gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir.

Katılımcılardan hayatı boyunca en az bir kez KKTM yapanların 8'i(%32) ayda en az bir kez ve 17'si (%60.7) duşta ve/veya duştan sonra yaptığını belirtmiştir.

Katılımcıların %47.4'ü testis kanserinin erken teşhisinde KKTM'nin önemini bildiklerini, %97.0'si KKTM'yi öğrenmek istediğini belirtmiştir.

Eğitim öncesi bilgi testine verilen doğru yanıtların ortalaması 4.6 iken, eğitim sonrası 12.3 bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). 8 ve üzerinde soruya doğru yanıt verme yüzdesi eğitim sonrasında artış göstermiştir ( $p < 0.05$ ). 8 ve üzerinde soruya doğru yanıt verme yüzdeleri öğrenim düzeyi yükseldikçe artış göstermiş, testis kanserini duyduğunu belirtenlerde, kentsel alanda yaşayanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

### **Sonuç**

Bu çalışmada, KKTM konusunda verilen eğitimin katılımcıların bilgi düzeyinin artmasına katkı sağladığı gözlenmiştir. Eğitimlerle ve kampanyalarla, KKTM'yi öğrenme konusunda ilgi uyandırılabilir, istekli olanların bilinçlendirilmesine katkı sağlanabilir.

### **Anahtar Kelimeler**

Kendi Kendine Testis Muayenesi, KKTM, sağlık eğitimi, genç erişkin erkek

\* Arş. Gör. Dr. Necmettin KOÇAK, GATA Halk Sağlığı - drnkocak@mynet.com

• Yrd. Doç. Dr. Ercan GÖÇGELDİ, GATA Halk Sağlığı - ercang2002@yahoo.com

## KORONER KALP HASTALARININ DEĞİŞTİRİLEBİLİR RISK FAKTÖRLERİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIKLI YEME İNDEKSLERİ

Ü. ÖZTÜRK, P. TOKSÖZ, Ö. ÖZTÜRK

### Giriş ve Amaç

Kalp-damar hastalıkları (KDH), günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenlerindedir. KDH ile diyet arasındaki ilişki son yüzyılda yoğun bir şekilde araştırılmıştır. Bu araştırma; Koroner Kalp hastalarını değiştirilebilir risk faktörleri yönünden tanımlamak, hastaların besin bileşenleri tüketim örüntülerini inceleyerek, diyet kalitesini değerlendirmede son geliştirilen bir ölçüt olan Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ)'lerini belirlemek, SYİ ile KKH için önem taşıyan bazı kan parametreleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

### Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji kliniğinde KKH tanısı ile yatmış olan, yaşları 26-85 arasında değişen 242 hasta üzerinde Aralık 2005 - Aralık 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, Windows ortamında SPSS 10.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Uygulanan anket formunda sayımla belirtilen veriler yüzde olarak verilmiştir. Yaş grubu, öğrenim düzeyi, ortalama aylık gelir düzeyi, fiziksel aktivite durumları ile cinsiyet ve DKİ-SYİ arasındaki ilişki için X2 kare testi kullanılmıştır. 0.05'ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya alınan 242 hastanın yaşları 26-85 arasında değişmekte olup, %68,5'i erkek, %31,5'i kadındır. Erkeklerin %42,8'i ilkökul, %20,5'i ortaokul, %10,8'i lise ve üzeri eğitim görmüş iken kadınların %89,5'i hiç eğitim görmemiştir. Örneklem çözümlüğünün (%69,4) aylık geliri 400-600 YTL arasındadır. Hastaların %76,1'inin günlük fiziksel aktivite düzeyi düşük bulunmuştur. Buna bağlı olarak hastalarda şişmanlık oranı da %61,2 olup yüksektir. Bel çevresi hastaların %46,3'ünde, bel-kalça oranı ise %82,2'sinde sınır değerlerin üzerindedir. KKH'nın %38,8'inde hipertansiyon, %19,4'ünde diyabet bulunmakta, %36,0'sı sigara kullanmaktadır.

Diyet Kalite İndeksi (DKİ) bakımından hastaların %22,7'sinin beslenme durumları "kötü", %75,2'sinin "düzeltilmesi gerekli", %2,1'i "iyi" bulunmuştur. Son yıllarda diyet kalitesini ölçmede daha sıklıkla kullanılan SYİ'ne göre; %30,2'sinin puanı 0-50 (kötü), %67,4'ünün 51-80 arası (düzeltilmesi gerekli), %2,4'ünün 81-100 (iyi) bulunmuştur.

### Sonuç

Araştırmaya katılan hastaların DKİ ve SYİ'lerinin günlük ortalama toplam-doymuş-ekstra yağ, kolesterol tüketimleri ile ters; meyve ve sebze tüketimleri ile doğru ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır. Öğrenim düzeyine göre hastaların DKİ ve SYİ'leri incelendiğinde; lise ve yükseköğretim mezunu olan hastaların DKİ ve SYİ'leri diğer öğrenim düzeylerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Total yağ, doymuş yağ, kolesterol, sebze ve meyve, et ve süt grubu ürünler ile sodyum tüketimi bakımından hastaların SYİ'leri arasındaki farklılığın anlamlı olduğu, koroner kalp hastası olanların çözümlüğünün günlük besin alımı bakımından kötü durumda buldukları saptanmıştır.

Kan parametrelerine göre SYİ'nin dağılımları incelendiğinde; LDL kolesterol değeri 100 mg/dl'nin üstünde olanların %32,7'sinin puanları kötü, %64,8'inin düzeltilmesi gereken durumda olduğu bulunmuştur. Diğer kan parametreleri için de durum benzerdir. Araştırmada, hipertansiyonlu hastaların %35,1'i ile diyabetlilerin %29,8'inin SYİ bakımından "kötü" grubuna girdikleri belirlenmiştir.

### Anahtar Kelimeler

Koroner kalp hastalığı, besin çeşitliliği, diyet kalite indeksi, sağlıklı yeme indeksi.

- Uzm. Dr. ÜNAL ÖZTÜRK, I. ORDU KOMUTANLIĞI ÖZEL TIP REVİR BAŞTABİPLİĞİ, İstanbul, Türkiye - druozturk@dicle.edu.tr
- Prof. Dr. PERRAN TOKSÖZ, Dicle Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye
- Doç. Dr. ÖNDER ÖZTÜRK, Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

## KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA TEDAVİ MODALİTESİ, DEPRESYON, YORGUNLUK VE CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

**Y. ŞENOL, E. BALCI**

**Giriş ve Amaç:** Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini klinik, biyokimyasal ve sosyodemografik nitelikli pek çok faktör etkileyebilir. Yaşam kalitesi seçilen tedavinin etkinliği, morbidite ve mortalite riskinin belirlenmesinde önemli bir göstergedir. Bu çalışma KBY olan hastalarda tedavi modalitesi, depresyon, yorgunluk ve cinsel fonksiyon bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel nitelikli bu çalışma 2007-2008 Mart ayları arasında Erciyes Üniversitesi Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Ünitesine kayıtlı 156 erişkin Periton Diyalizi (PD) ile Erciyes Üniversitesi, Özel Almet ve Devlet Hastanesi merkezlerine kayıtlı 152 erişkin HD hastasına yüz yüze anket uygulanarak yapılmıştır. Araştırma evrenini 364 PD ve 730 HD hastası oluşturmuştur. Verileri tanıtıcı bilgi formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri (BDI), Yorgunluk Şiddet Skalası (FSS), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ASEX) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizde Student t testi, tek yönlü varyans (ANOVA) ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Yaş ( $p=0.372$ ) ve cinsiyet ( $p=0.657$ ) yönünden benzer olan tedavi grupları eğitim ( $p=0.016$ ), aylık gelir düzeyi ( $p=0.025$ ), medeni durum ( $p=0.021$ ) ve tedavi süresi ortalaması ( $p=0.002$ ) bakımından anlamlı farklılık göstermektedir. Depresyon ( $BDI \geq 18$ ) prevalansı PD grubunda %42.3, HD grubunda %39.6 olup, PD grubunda daha sık ve ağır seyretmektedir ( $p=0.017$ ). Tedavi grupları yorgunluk ( $FSS > 4$ ) prevalansı (PD %70, HD %75,  $p=0.372$ ) ve şiddeti ( $FSS$  PD  $6.1 \pm 0.8$ , HD  $6.1 \pm 0.9$ ,  $p=0.637$ ) açısından anlamlı farklılık göstermemektedir. Cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ( $ASEX \geq 12$ ) HD grubunda anlamlı düzeyde daha yüksektir: (HD %85, PD %73,  $p=0.040$ ) ancak, ASEX puan ortalamaları (PD  $19.6 \pm 5.8$ , HD  $20.2 \pm 6.4$ ) yönünden gruplar arasında fark yoktur ( $p=0.553$ ).

Tedavi gruplarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi suboptimal düzeyde olup, SF-36 özet skorları [mental sağlık (MCS: Mental Component Scale): PD  $42.4 \pm 13.0$ , HD  $42.3 \pm 9.7$ ,  $p=0.950$ ], fiziksel sağlık [(PCS: Physical Component Scale): PD  $40.8 \pm 9.8$ , HD  $40.8 \pm 9.5$ ,  $p=0.991$ ] farklılık göstermemektedir. Depresyon (PCS: PD  $33.2 \pm 10.5$ , HD  $34.4 \pm 11.4$ ,  $p=0.71$ ; MCS: PD  $34.1 \pm 9.6$ , HD  $34.2 \pm 8.8$ ,  $p=0.910$ ), yorgunluk (PCS: PD  $35.9 \pm 10.4$ , HD  $36.7 \pm 10.3$ ,  $p=0.582$ ; MCS: PD  $36.7 \pm 10.3$ , HD  $38.8 \pm 9.2$ ,  $p=0.272$ ) ve cinsel fonksiyon bozukluklarının (PCS: PD  $39.1 \pm 10.7$ , HD  $38.4 \pm 10.5$ ,  $p=0.671$ ; MCS: PD  $43.1 \pm 11.8$ , HD  $40.7 \pm 9.7$ ,  $p=0.184$ ) yaşam kalitesi özet skorlarına etkisi benzer düzeydedir. Bununla birlikte, depresif semptomların daha sık ve ağır yaşandığı PD grubunda SF-36 genel sağlık (PD  $33.4 \pm 18.5$ , HD  $36.0 \pm 20.5$ ,  $p=0.001$ ) ve sosyal fonksiyon (PD  $26.7 \pm 11.8$ , HD  $46.7 \pm 30.3$ ,  $p < 0.001$ ) alt boyut skorları anlamlı düzeyde daha düşüktür. Yorgunluk PD grubunda sosyal fonksiyonlar ( $45.9 \pm 47.2$ , HD  $62.9 \pm 30.0$ ,  $p < 0.001$ ), HD grubunda emosyonel rol güçlüğü ( $45.2 \pm 42.9$ , PD  $59.6 \pm 33.3$ ,  $p=0.001$ ) ve mental sağlık ( $53.3 \pm 20.0$ , PD  $59.0 \pm 22.9$ ,  $p=0.021$ ); cinsel fonksiyon bozuklukları HD grubunda mental sağlık ( $54.9 \pm 20.4$ , PD  $61.9 \pm 22.9$ ,  $p=0.048$ ) alt boyut skorlarını anlamlı düzeyde düşürmüştür.

Korelasyon analizinde depresyon, yorgunluk ve cinsel fonksiyon bozuklukları tedavi gruplarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş; her iki tedavi grubunda BDI skoru PCS ve MCS özet skorları ile negatif yönlü iyi derece ( $r: -0.500$ ,  $r: -0.552$  sırasıyla,  $p < 0.001$ ); FSS skoru PCS özet skorları ile negatif yönlü iyi ( $r: -0.552$ ,  $p < 0.001$ ), MCS özet skoru ile zayıf-orta derece ( $r: -0.369$ ,  $p < 0.001$ ); ASEX skoru PCS özet skoru ile negatif yönlü zayıf derece ( $r: -0.300$ ,  $p < 0.001$ ) korelasyon göstermiştir.

**Sonuç:** Özetle çalışma gruplarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi suboptimal düzeydedir ve tedavi modalitesine göre farklılık göstermemektedir (PCS: PD  $39.3 \pm 11.2$ , HD  $39.3 \pm 10.9$ ,  $p=0.982$ ; MCS: PD  $41.9 \pm 11.6$ , HD  $40.6 \pm 9.7$ ,  $p=0.293$ ). Depresyon, yorgunluk ve cinsel fonksiyon bozuklukları düşük yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir. Rutin izlemeler sırasında genelde iki yönlü anlamlı ilişki gösteren diyaliz tedavisi- yaşam kalitesi ve etyolojik faktör etkileşimi gözardı edilmemelidir. Hastalar gerek tıbbi gerekse psikiyatrik açıdan yakın takip edilmeli, yaşam kalitesini alt üst eden komplike bulguların erken tanısı ve etkin tedavisi için uygun eğitim, müdahale ve yaşam tarzı düzenlemeleri yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam kalitesi, kronik böbrek yetmezliği, depresyon, yorgunluk, cinsel fonksiyon bozukluğu

- Yrd. Doç. Dr. Vesile ŞENOL, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HALİL BAYRAKTAR S.H.M.Y.O. ÖĞRETİM ÜYESİ
- Elçin BALCI, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ GEVHER NESİBE TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. ÖĞRETİM GÖREVLİSİ

## KTÜ FARABI HASTANESİ BÜRO ÇALIŞANLARININ İŞ ORTAMININ ERGONOMİK DEĞERLENDİRİLMESİ VE MEVCUT KAS İSKELET ŞİKAYETLERİ İLE İLİŞKİSİ

N. AĞBAŞ, G. ÇAN, M. TOPBAŞ, M. A. ÇAN, H. ULUTKU

### Giriş ve Amaç

Çalışma hayatındaki etkilenmeye bağlı olarak gelişen kas-iskelet sistemi hastalıkları patogenezinde mekanik ve fizyolojik süreçleri birlikte bulunduran bir dizi hastalık grubudur. Zaman içinde hizmet sektöründeki gelişmeler ve özellikle bilgisayarların yaşamda daha fazla yer alması sonucu mesleki kas-iskelet sistemi hastalıklarının görülüşü de artmıştır.

Bu çalışmada, KTÜ Farabi Hastanesi büro çalışanlarının iş ortamının ergonomik değerlendirilmesi ve mevcut kas iskelet şikayetleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmanın KTÜ Farabi Hastanesinde çalışan tüm sekreterler ve memur olarak çalışan büro personeli olarak toplam 172 kişi katılmıştır. Şikayet durumlarının belirlenmesi için sözel ağrı skalası kullanılmıştır. Ergonomik değerlendirme için hazırlanan ankette masa, oturma yeri ve klavye değerlendirmesinde yer alan ölçümsel değerler normal standart değerleriyle kıyaslandıktan sonra, geriye kalan diğer sorular ise uygun olup olmamasına bakılarak uygunsa "1", değilse "0" değeri verilerek her kısım için ayrı toplam puanlar elde edilmiştir. Sonuçta masa puanı, oturma yeri puanı, monitör puanı, klavye puanı, fare puanı, çalışma pozisyonu puanı ve diğer çevre faktörleri puanı elde edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 34.2±9.3 yıldır. Çalışanların 107'sinin (%62.2) kadın ve 55(%32) kişinin bekar olduğu tespit edilmiştir. Sözel ağrı skalasına göre çalışmanın yapıldığı sırada fiziksel rahatsızlığı olan 113 kişi (%65.7)'dir.

Ergonomik değerlendirme sonuçlarına göre masa puanı yönünden şikayeti olanların 5.70±1.25, olmayanların 5.77±1.08 (p=0.366), oturma yeri puanı yönünden şikayeti olanların 15.09±2.87, olmayanların 14.71±2.42 (p=0.553); monitör puanı yönünden şikayeti olanların 4.17±0.86, olmayanların 4.06±0.95 (p=0.547); klavye puanı yönünden şikayeti olanların 8.12±0.89, olmayanların 8.18±0.84 (p=0.485); fare puanı yönünden şikayeti olanların 6.72±0.50, olmayanların 6.75±0.43 (p=0.828), çalışma pozisyonu puanı yönünden şikayeti olanların 7.38±4.17, olmayanların 10.55±4.14 (p< 0.0005), diğer çevre faktörleri puanı yönünden şikayeti olanların 6.76±1.07, olmayanların 7.20±0.73 (p=0.013) puan aldıkları tespit edildi.

### Sonuç

Ergonomik değerlendirme sonuçlarına göre kas iskelet şikayetleri ile çalışma pozisyonu ve çevresel faktörlerin ilişkili olduğu ve bu konuda düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmüştür.

### Anahtar Kelimeler

Ergonomi, büro çalışanı, kas iskelet sistemi,

- Arş. Gör. Nihal AĞBAŞ, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. Trabzon
- Prof. Dr. Gamze ÇAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. Trabzon - gcanktu@yahoo.com
- Doç. Dr. Murat TOPBAŞ, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. Trabzon
- Yrd. Doç. Dr. M. Ali ÇAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi A.D. Trabzon
- Doç. Dr. Haluk ULUTKU . Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi A.D. Trabzon

## MANİSA'DA KADIN DOĞUM POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KADINLARDA MENOPOZ YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. DEVECİ Y. KAPLAN, F. ÖZBAŞARAN**

### Giriş ve Amaç

Menopoz, adet döngüsünün tamamen kaybolması durumudur. Ortalama yaşamın uzamasıyla osteoporoz, kalp hastalıkları, kan lipitlerinde olumsuz değişiklikler gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlar, giderek daha çok gündeme gelmektedir. Çalışmanın amacı, kadınların menopoz yakınmalarının profili ile kimi sosyo-demografik değişkenler ve tedavilerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmektir.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma, Mayıs-Haziran 2008 tarihlerinde Manisa Doğumevi, Salihli, Turgutlu ve Akhisar Devlet, Özel Vatan ve Doğuş Hastanelerinde, kadın hastalıkları polikliniklerine başvuran menopozdaki 406 kadında yapılmış, tanımlayıcı bir araştırmadır. Katılımcılara: sosyo-demografik özelliklerini, menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanım öykülerini sorgulayan 16 soruluk Birey Tanıtım Formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), SF-36 Yaşam Kalitesi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSD) kullanılarak, CBÜ Manisa SYO Hemşirelik 5.sınıf öğrencileri tarafından, yüzyüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Veri SPSS 10.0 programıyla değerlendirilmiş; çözümlenelerde tanımlayıcı ve tek değişkenli istatistikler kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $52.3 \pm 7.0$  (36-84), ortalama menopoz girme yaşı  $46.2 \pm 4.5$  (36-56), %79.1'i evli, %20.9'u dul ya da boşanmış, %20.9'u okur-yazar değil, %45.3'ü ilköğretim mezunu, %86.5'i ev kadını, %52.7'si SSK'lı, %19.7'si Bağ-Kur'lu, kişi başı aylık gelir ortancası 250 YTL, %69.4'ü eş ve/veya çocuklarıyla, %7.9'u yalnız yaşıyordu. Kadınların menopoz girişini %86.7 doğal, %13.3 tıbbi, %56.7'si menopoz en az 4 yıl önce girmiş, %28.6'sı HRT kullanıyor, %15.5'i kullanıp bırakmış, %55.9'u hiç kullanmamış, %39.2'sinin en az bir kronik hastalığı var, %38.9'u -HRT dışında- sürekli ilaç kullanıyordu. Çözümlenelerde MSD ölçeği değerlendirilmesinde; 49 yaş ve üstünde olmak, menopoz giriş süresinin 4 yıl ya da üstünde olması ürogenital alt alan puanları bakımından daha olumsuz; 8 yıl ve üzeri eğitilmiş olma somatik, psikolojik ve toplam puanlar açısından daha olumludur. HAD Ölçeği değerlendirilmesinde, 49 yaş ve üstünde olmak, ev kadını olmak, 3 yıldan az eğitilmiş olmak ve menopoz giriş süresinin 4 yıl ya da üstünde olması depresyon skorları açısından; kronik hastalık varlığı, 8 yıldan az eğitilmiş olmak ve evde herhangi bir sorun varlığı ise anksiyete skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha dezavantajlıdır. SF 36 alt ölçek skorlarından genel sağlık algılaması, esenlik ve fonksiyonel durum alt skorları, 49 yaş ve üstünde olanlarda, 8 yıldan az eğitilmiş olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ev kadını olanlarda genel sağlık algılaması ve esenlik; geliri giderinden az olanlarda ve evde herhangi bir sorunu olanlarda esenlik alt alan skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kadınların toplam MSD skorları ile SF 36 alt ölçek skorları genel sağlık algılaması, esenlik ve fonksiyonel durum arasındaki ilişki incelendiğinde -aynı sırayla- (R= -0.443, -0.235 ve -0.260) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif; HAD Ölçeğiyle diğer ölçek skorları arasında; anksiyete skoruyla somatik, psikolojik, ürogenital MSD alt skorları ve toplam MSD skoru arasında -aynı sırayla- (R= 0.331, 0.642, 0.195 ve 0.551) düzeyinde; depresyon skoruyla anılan skorlar arasında -aynı sırayla- (R= 0.358, 0.575, 0.336 ve 0.585) düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

### Sonuç

Menopoz dönemindeki belirtiler, kadınların bedensel ve ruhsal sağlığı ile yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Menopoz belirtileri yanında, sosyoekonomik düzey ve bireyin yaşam özellikleri de algılanan sağlık ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

### Anahtar Kelimeler

Yaşam kalitesi, menopoz, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, SF-36

- Yrd. Doç. Dr. Serol Deveci, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu - serol.deveci@bayar.edu.tr
- Öğr. Gör. Yunus Kaplan, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu - kap99lan@yahoo.com
- Prof. Dr. Ferda Özbaşaran, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - fozbasaran@yahoo.com

## MANİSA İLİ KIRKAĞAÇ İLÇESİNDE GASTROENTERİT SALGINI

**G. ATASOYLU, G. KÖROĞLU, G. DİNÇ, E. ÖZMEN, S. TOSUN, Z. T AY**

**Giriş ve Amaç:** Manisa İli Kırkağaç İlçesi'nde 19.07.2008-27.07.2008 tarihleri arasında yaşanan gastroenterit salgınının araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Manisa İli Kırkağaç İlçesi'nde 19.07.2008 tarihinde sağlık kurumlarına bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile başvuran olgularda artış bildirilmesi sonucunda salgın inceleme ekibi oluşturularak salgın incelemesi yapılmıştır. Kırkağaç ve komşu Akhisar ve Soma İlçelerinde 2005-2008 yılları Temmuz aylarına ait su ve besinlerle bulaşan hastalık bildirimleriyle ilgili veriler değerlendirilmiş, durumun bir salgın olduğuna karar verilmiştir. Kırkağaç ilçesinde su kaynakları, depoları ve şebekesiyle ilgili bilgiler ve son bir ayda değerlendirilen su numunesi analiz sonuçları elde edilmiştir. Salgın kapsamında bakiye klor ve bakteriyolojik değerlendirme açısından su numuneleri alınmış, suyun klorlanmasıyla ilgili aktiviteler yürütülmüştür. Sağlık kurumlarına başvuran olguların günlük değerlendirmesi yapılarak salgının boyutu izlenmiştir. Bu amaçla hastane ve aile hekimliği veri tabanlarından başvuru bilgileri alınmış, değerlendirmelerde birden fazla başvuran olguların ilk başvuruları dikkate alınmıştır. Olguların günler, yerleşim yeri, yaş ve cinsiyete göre dağılımları değerlendirilmiş, mahalle temelli günlük insidans hızları hesaplanmıştır. Salgın yönetimi sürecinde coğrafi yakınlık, sağlık hizmeti alma, çalışma vb. nedenlerle olguların bir bölümünün komşu ilçelere başvurma olasılığı ve hastalığın yayılma riski gözönünde bulundurularak Soma ve Akhisar ilçelerinde de sağlık kurumlarına benzer yakınmalarla başvuran olgular günlük olarak değerlendirilmiştir. 20.07.2008 tarihinde 21 olgudan alınan gaita örneği Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'na gönderilmiştir. Verilerin bilgisayara girilmesi ve analizler SPSS 11.5 programı yardımıyla yapılmıştır.

**Bulgular:** 16.07.2008'de başlatılan yağmur suyu akıtma kanalının yerdeğiştirme çalışmaları nedeniyle ilçede yaygın su kesintisi yapıldığı, 18.07.2008 günü öğleden sonra alınan su numunelerinde bakiye klor saptanmaması üzerine şebeke suyu klorlama çalışmalarının gözden geçirildiği, otomatik klorlama cihazının klor tankının boşalmış olduğunun fark edildiği ve şebekeye damlalıklı sistemle sulu klor verilerek sorunun aşılmasına çalışıldığı saptanmıştır. 20.07.2008 tarihinden itibaren şebeke suyunda superklorlama yapılmıştır. 19.07.2008 tarihinde alınan 5 su numunesinden 2'sinde, 20.07.08 tarihinde alınan 11 numuneden 1'inde bakiye klor saptanmamıştır. 21.07.08 ve sonrasındaki günlerde alınan su numunelerde klor düzeyi 0.5 ppm'in üzerindedir. Bakteriyolojik inceleme için 20.07.08 tarihinde 15 su numunesi alınmış olup 3'ünde E. Coli ve koliform basil üremiştir. 21.07.08 ve sonrasındaki günlerde alınan numunelerde üreme saptanmamıştır. 19.07.2008-27.07.2008 tarihleri arasında Kırkağaç'ta ikamet eden 1716 olgu etkilenmiş; 1897 başvuru gerçekleşmiştir. 19.07.1008-23.07.2008 tarihleri arasında sırasıyla 90, 842, 381, 164 ve 85 olgu başvurmuştur. Mahallelerin günlere göre insidans hızları incelendiğinde bütün mahallelerin etkilendiği, kümelemenin belirgin olmadığı görülmüştür. Salgın süresince başvuran olgularla ilgili veriler salgının komşu ilçelere yayılmadığını göstermektedir. Etken belirleme çalışmaları kapsamında, alınan gaita örneklerinin mikroskopik incelemesinde lökosit, eritrosit ve parazite rastlanmamıştır. Değerlendirilen 21 gaita örneğinin virolojik incelemesi sonucunda, örneklerin 8'inde norovirus saptanmıştır.

**Sonuç:** Salgın öncesindeki su kesintisi ve klorlama çalışmalarındaki aksaklıklar salgının depo veya ana şebekedeki kirlenmeden kaynaklandığını düşündürmektedir. Salgın eğrisinin patlama tarzında olması, mahalle ve yaş gruplarında günler içinde dağılımın benzer olması da bu görüşü desteklemektedir. Salgınların önlenmesiyle ilgili olarak sağlıklı içme ve kullanma suyunun sağlanması, bunun için kurumlararası işbirliğinin artırılması önem taşımaktadır. Salgınların erken dönemde kontrol altına alınması için ise il düzeyinde, nitelikli salgın kontrol ekiplerinin kurulması, salgının izlemi için hasta kayıt sistemlerine verilerin standart ve eksiksiz girilmesi ile pratik düzeneklerle süzülebilmesi önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Gastroenterit, salgın incelemesi, suyla bulaşan hastalıklar, norovirus

- Uzm. Dr. Gonca ATASOYLU, Manisa Sağlık Müdürlüğü - goncaatasoylu@hotmail.com
- Dr. Galip KÖROĞLU, Manisa Sağlık Müdürlüğü
- Doç. Dr. Gönül DİNÇ, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Ertan ÖZMEN, Manisa Sağlık Müdürlüğü
- Doç. Dr. Selma TOSUN, Manisa Devlet Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği
- Dr. Ziya TAY, Manisa Sağlık Müdürlüğü

## MANİSA KENT MERKEZİNDE DOĞURGANLIK TERCİHLERİ, DOĞURGANLIK DÜZEYİ VE KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİNDE DEĞİŞİMLER

**G. DINC**

### Giriş ve Amaç

Manisa kent merkezinde 1999 ve 2005 yılları arasında doğurganlık tercihleri, doğurganlık düzeyi ve karşılanmamış aile planlaması gereksiniminde değişimlerin saptanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın verileri 2005 ve 1999 yılı Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırma (MNSA)'ları kapsamında toplanmıştır. Her 2 çalışma da sağlık evi nüfuslarına orantılı küme (her birinde 10 hane bulunan kümeler) örneklem yöntemi ile seçilen örnek grupları üzerinde yürütülmüştür. 1999 MNSA toplam 1680 hanede yaşayan 1644 evli doğurgan çağ kadın, 2005 MNSA kapsamında ise 3270 hanede bulunan 1965 evli doğurgan çağ kadın araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın verileri bir anket kullanılarak yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde ki kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

1999 MNSA ve 2005 MNSA gruplarında 5 yıllık yaş gruplarının oranları benzerdir ( $p>0.05$ ). 1999 yılı araştırma grubunun %71.6'sı, 2005 araştırma grubunun %63.0'ü kentsel yerleşim yerlerinde yaşamaktadır. 1999 yılı ve 2005 yılında sırasıyla olmak üzere toplam doğurganlık hızı 2.23 ve 1.81; toplam istenen doğurganlık hızı 1.72 ve 1.47; istenen doğurganlığa ulaşma açığı yüzdesi %22.8 ve %18.7 ( $p<0.05$ ) olarak saptanmıştır. 2005 yılı için toplam doğurganlık hızının kentsel yerleşim yerlerinde 1.60, gecekondulu yerleşim yerlerinde ise 2.22 olduğu saptanmıştır. Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların 1999 yılında son beş yılda gerçekleşen canlı doğumlarının %17.3'ü istenmeden gerçekleşmiş olup, 2005 yılında bu oran %14.3'tür ( $p<0.05$ ). İstenmeden gerçekleşen doğumların oranı gecekondulu bölgesinde 1999 yılında %36.4 ve 2005 yılında %26.5'tir ( $p<0.05$ ). 1999 yılında doğurgan çağ kadınların %69.2'si başka çocuk sahibi olmak istemediğini belirtmiş olup, bu oran 2005 yılında %73.1'dir ( $p<0.05$ ). Herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı 1999 yılında %71.6, 2005 yılında %73.8'dir ( $p>0.05$ ). 1999 yılından 2005 yılına gelindiğinde herhangi bir modern yöntem kullanımında %4.6 oranında artış ( $p<0.05$ ), geleneksel yöntem kullanımında ise %2.4 ( $p>0.05$ ) oranında azalma saptanmıştır. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi (gebe kalmak istemeyip, herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlar) 1999 yılında %10.9 (ara açmak için %2.9 ve son vermek için %8.0) ve 2005 yılında %14.9 (ara açmak için %3.8 ve son vermek için %11.1) olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu oranlara geleneksel yöntem kullanımı da eklendiğinde geniş tanımı ile karşılanmamış aile planlaması gereksinimi olan kadınların oranının 1999 yılında %36.9 ve 2005 yılında %38.5 olduğu görülmektedir ( $p>0.05$ ). Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde kentsel yerleşim yerlerinde %8.3'ten %12.5'e ( $p<0.05$ ), gecekondulu yerleşim yerlerinde ise %17.7'den %20.2'ye ( $p>0.05$ ) yükselmiştir.

### Sonuç

Manisa kent merkezinde 1999 yılından 2005 yılına gelindiğinde doğurganlığın azalarak nüfusun ikame düzeyinin altına düştüğü, ancak halen gerçekleşen doğumların yaklaşık beşte birinin istenmeden gerçekleştiği saptanmıştır. 1999 yılı verileri ile karşılaştırıldığında gerek kentsel gerekse gecekondulu bölgelerinde yöntem kullanımında ve modern yöntem kullanımında artış saptanmasına karşın, doğurganlığın sınırlama isteğinin baskın olduğu buna karşın kişilerin gereksinim duydukları aile planlaması hizmetlerine yeterince ulaşamadıkları saptanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Anahtar sözcükler: Doğurganlık tercihleri, karşılanmamış aile planlaması gereksinimi, kent, gecekondulu, değişim

\* Doç. Dr. Gönül Dinç, Celal Bayar Üniversitesi - dincgonul@gmail.com

## MANİSA'DA KENT MERKEZİNDE HİZMET SUNANLAR AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**B. CENGİZ ÖZYURT, P. ERBAY DÜNDAR**

### Giriş ve Amaç

Bu çalışmada, Manisa'da 01.01.2008 tarihinde başlayan aile hekimliği uygulamalarının hekimler ve aile sağlığı elemanları tarafından genel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki çalışma nisan-mayıs 2008 tarihleri arasında Manisa kent merkezinde görev yapan aile hekimleri (AH) ve aile sağlığı elemanlarında (ASE) Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan resmi izinle yürütülmüştür. Çalışmada örnek seçimi yapılmaksızın kent merkezindeki 79 Aile Sağlık Birimi'nde (ASB) çalışan tüm AH ve ASE'ye ulaşılmaya amaçlanmıştır. İki aile hekimi çalışmayı katılmayı reddetmiş, katılım hızı %97.4 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmanın verileri yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış, tanımlayıcı istatistiklerle analiz edilmiştir.

### Bulgular

ASB başına düşen ortalama nüfus 3209 kişidir. AH günde ortalama 47.9± 17.7 hastayı, 9.2± 3.6 dakika düşecek şekilde muayene etmektedir. AH ve ASE'lerinin meslekteki deneyimleri ortalama 19.2±4.2 ve 14.8±6.9 yıldır. AH'lerinin %45.5'i ile ASE'lerinin %84.4'ünün en son çalıştığı kurum sağlık ocağıdır. ASE'lerinin % 76.6'sı ebedir. AH'lerinin % 73.7'si birlikte çalıştığı ASE'ni kendisi belirlemiştir.

ASB'de uygulanan hizmetlerin sağlık ocağı çalışmalarına göre değerlendirmeleri istendiğinde; AH'leri bağışıklama (%55.2), gebe bebek izlemlerinin (%55.2), nüfus tespiti (%55.2) ve kayıt sisteminin (%70.4) eskiye göre daha iyi olduğunu belirtirken, ASE'lerinde bu oranlar daha düşüktür (%44.2, %42.9, %41.6, %35.1). Sağlık ocakları sistemine göre bir değişiklik olmayan veya daha yetersiz olarak belirtilen hizmetler, bulaşıcı hastalık bildirim, sağlık eğitimi, acil bakım ve laboratuvar hizmetleri olarak belirtilmiştir. ASE'leri buna ek olarak gezici hizmetleri de eskiye göre daha kötü olarak değerlendirmiştir. Sağlık sistemindeki dönüşüm öncesi verilen uyum eğitimini hekimlerin sadece %22.7'si yeterli olarak değerlendirmiş, ASE'lerinin ise %30'unun uyum eğitimini hiç almadıklarını belirtmiştir. ASE'lerinin %89.7'si iş yüklerinin arttığını, %36.0'ı personel arasındaki işbirliğinin ortadan kalktığını ifade etmiştir.

### Sonuç

AH'lerinin yarısının, ASE'lerinin beşte birinin birinci basamak dışındaki kurumlardan gelmesi dikkat çekicidir. Sağlık hizmetleri sunumunda şu anda verilen hizmetleri çok iyi / iyi olarak değerlendirme oranlarının hekimlere göre ASE'da daha düşük olması koruyucu sağlık hizmetleri açısından farkındalık düzeylerini de yansıtmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Aile hekimliği, koruyucu sağlık hizmetleri

- Uzm. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Pınar Erbay DüNDAR, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - pdundar@hotmail.com



## MARDİN İL MERKEZİNDE DÜŞÜK SOSYOEKONOMİK DÜZEYLİ MAHALLELERDE GÜVENLİ ANNELİĞİN ANNENİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

**G. SAKA, S. ÇİFÇİ**

### **Giriş ve Amaç**

Anne ve bebek ölümlerini azaltmayı amaçlayan güvenli annelik müdahaleleri ülkemizde önemini korumaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde anne ve bebek sağlığı göstergelerinin batı illerinden daha kötü olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı Mardin il merkezinde sosyoekonomik yönden geri kalmış mahallerde güvenli annelik uygulamalarının durumunu değerlendirmektir.

### **Gereç ve Yöntem**

Çalışma kesitseldir. Mayıs - Haziran 2007 de Mardin il merkezindeki daha yoksul, ancak sağlık kuruluşlarına yakın 5 mahallede yürütülmüştür. 3253 haneden sistematik olarak seçilen 1406'sı ziyaret edilmiş, 15-49 yaş grubunda 1560 evli kadınlara yüz yüze görüşülmüştür. Güvenli annelik bileşenleri olarak aile planlaması yöntemlerini bilme ve modern yöntemleri kullanma durumu, doğum öncesi bakım almış olma, gebelikte tetanos aşısı olmuş olma, loğusalıkta sağlık personeline izlenmiş olma durumları sorgulanmış, annenin bazı sosyodemografik özellikleriyle karşılaştırılmıştır. En az bir kere bir sağlık personeline kontrol edilenler doğum öncesi - sonrası bakım almış olarak kabul edilmiştir. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, istatistiksel olarak yüzde, aritmetik ortalama, khi kare, eğimde khi kare testleri kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Yaş ortalaması 31.83±8.45'dir. Okuryazar olmayanların oranı % 37.5 olup %90.2'si Türkçe bilmektedir. Çalışanların oranı % 1.9, akraba evliliği sıklığı %46.2, adölesan evlilik yapanlar %46.8 olarak bulunmuştur.

Modern yöntem kullanma sıklığı %43.1, doğum öncesi bakım alma sıklığı %82.9, sağlık personeli ile doğum sıklığı %88.3, doğum sonu bakım sıklığı %5.6 idi. Kadınların yaş grubu yükseldikçe yöntem kullanma, yaş grubu azaldıkça doğum öncesi bakım alma, gebelikte tetanos aşısı olma ve sağlık personeli ile doğum sıklığının düzenli olarak arttığı saptanmıştır (p<0.05). Kadınların öğrenim durumunun ve Türkçe bilme durumunun yükselmesinin tüm güvenli annelik bileşenlerini arttırmakta olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Çocuk sayısının artması yöntem kullanmayı, azalmasının ise doğum öncesi bakım alma, gebelikte tetanos aşısı olma, sağlık personeli ile doğum sıklığını düzenli olarak arttırmakta olduğu hesaplanmıştır (p<0.05).

### **Sonuç**

Güvenli annelik uygulamaları, doğum sonu bakım haricinde, yaygın olmakla birlikte, annenin öğrenimi, Türkçe bilme düzeyi ve çocuk sayısı güvenli annelik uygulamalarını etkilemektedir. Az eğitimli, Türkçe bilmeyen ve çocuk sayısı fazla gruplara hizmette öncelik verilmelidir.

### **Anahtar Kelimeler**

Mardin, Güvenli annelik, 15-49 yaş kadın

- Doç. Dr. GÜNAY SAKA, DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAK HALK SAğLIğI - gsaka@dicle.edu.tr
- Öğr. Gör. SEMA ÇİFÇİ, MARDİN ARTUKLU ÜNV SYO - sema-2121@hotmail.com

## MERSİN İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM OKULLARININ HİJYENİK DONANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

A. Ö. KURT, R. BUĞDAYCI, T. SASMAZ, S. ÖNER, G. YAPICI, A. KEMİK, H. GÖKÇE, S. TOPLAR

### Giriş ve Amaç

Ülkemizde nüfusun beşte birini öğrenciler oluşturmaktadır. Bu nedenle okulların hijyenik donanımı ve çevre koşulları; temel sağlığın korunmasında büyük önem arz etmektedir. Çalışmamızda, Mersin İl Merkezindeki ilköğretim okullarının; hijyenik donanımının TSE Standartlarına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki çalışmanın verileri, Şubat-Haziran 2008 tarihleri arasında yerinde gözlemlerle anket formu aracılığıyla toplandı. Mersin Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisindeki 165 ilköğretim okulunun tamamı araştırmaya alındı. Okul ve öğrencilere ilişkin demografik ve hijyenik donanımına ilişkin veriler toplandı. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler ve değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Okulların hijyen donanımı TSE'nin 1258, 8357, 9518 ve 12014 Nolu standartlarına göre değerlendirildi.

### Bulgular

Araştırmaya alınan 165 okulda 68364 erkek ve 62987 kız olmak üzere toplam 131351 öğrenci öğrenim görüyordu. Okulların %67.9'u kent ve %32.1'i kırsal alandaydı. Okulların %52.1'inde tam gün, %47.9'unda yarım gün öğrenim yapıyordu ve %95.8'i kamuya, %4.2'si özel sektöre aitti. Okulların %97.0'si şebeke suyu, %3.0'ü şebeke ve/veya kuyu suyu kullanıyor, %69.7'sinde su deposu bulunuyordu. Okulların %62.4'ünde bakiye klor ölçümü yapılıyor, %21.2'sinde su kesintisi sonrası çeşmeden sarı-kirli renkte su akıyordu. Tuvaletlerin %39.8'i içeride, %56.0'sı dışarıda, %4.2'si ise hem içeride hem de dışarıdaydı. Okulların %60.6'sında erkek ve %73.9'unda kız tuvalet kabin sayısı yetersizdi. Kabinlerin %66.7'sinde sifonlar, %93.9'unda tuvalet kağıdı ve %90.9'unda çöp kabı yoktu. Erkek tuvaletlerin %78.2'inde, kız tuvaletlerinin %83.6'sında lavabo sayıları yetersizdi. Tüm tuvaletlerin %22.4'ünde lavabo musluklarının, %72.1'inde sıvı sabunlukların ve %93.3'ünde kağıt havlu ya da kurutma makinelerinin eksik olduğu saptandı. Okulların %14.5'inde temizlik personeli bulunmuyordu. Kentse okullarda erkek ve kız tuvalet kabin sayıları ile kağıt havlu sayıları yetersiz iken kırsal okullarda daha çok su tesisatına, düzenli çöp toplanmasına ve temizlik yapılmasına ilişkin sorunlar mevcuttu.

### Sonuç

Okulların hijyenik donanımında önemli eksiklikler olduğu görülmektedir. Donanımdaki eksiklikler tamamlanmalı, okulların hijyen donanımı açısından standart ve nitelikli düzeye ulaşması için denetlemeler TSE kriterlerine göre yapılmalıdır. Ayrıca, öğrencilerde doğru tuvalet kullanımı konusunda tutum geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları planlanmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Hijyen, tuvalet, öğrenci, ilköğretim okulu

- Yrd. Doç. Dr. A. Öner KURT, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - onerku@yahoo.com
- Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - rbugdayci@yahoo.com
- Doç. Dr. Tayyar ŞAŞMAZ, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - sasmaz\_tayyar@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Seva ÖNER, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - sevaloner@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - gulyapici@yahoo.com.tr
- Dr. Aytekin KEMİK, Mersin İl Sağlık Müdürlüğü - gokce33@hotmail.com

## MUTF ÖĞRENCİLERİ, 6 YILIN SONUNDA, TIP EĞİTİMİNİ DEĞERLENDİRİRKEN HALK SAĞLIĞI ALANINDA KENDİLERİNİ NASIL DEĞERLENDİRİYORLAR?

**A. N. ÖZAYDIN, N. MUSTAFAOĞLU, E. AZIZOĞLU, İ. ÇEVİK, M. ÇİFTSÜREN, G. DEMİR, Ö. F. DEMİREL, K. DOĞANAY, M. KARAVUŞ**

### Giriş ve Amaç

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin amaçlarından birisi, toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilecek, yeterli bilgi ve becerilerle donanmış hekimlerin yetiştirilmesidir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki (MUTF) tıp eğitiminin etkinliği ile ilgili öğrencilerin görüşlerini değerlendirmektedir. Bu bildiriye amaçlanan, söz konusu çalışma içindeki halk sağlığı ile ilgili öğrenci değerlendirmelerinin tanımlanmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel bir araştırmadır. Mayıs-Haziran 2008 tarihlerinde MUTF 6. sınıfın son stajındaki öğrencilerin tamamından (139/140), örneklem seçilmeksizin, gözlem altında anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Karşılaştırmalabilirlik amacı ile daha önce kullanılan anket formlarından yararlanılmıştır (Dokuz Eylül, İstanbul ve Marmara Üniversitesi). Anket 5 ana başlıkta, 56 soru/önerme içermektedir. Yanıtlar beşli likert skalası ile elde edilmiş (1 en az, 5 en çok etkili), t test ve X2 testleri ile istatistik analizleri yapılmıştır.

### Bulgular

MUTF'deki %59.7'si erkek, yaşları 24.8±0.9 (min:23, max:28) olan 139 intörn ile görüşülmüştür (n=140, %99.2). Genel olarak tıp eğitiminin etkinliği öğrenciler tarafından 3.31±0.8 puan olarak değerlendirilmiş olup yıllar bazında en yüksek 4. yıl (3.37±0.9) ve en düşük 1. yıl (3.00±1.2) gösterilmiştir [t(138):-6.613, p<0.001]. Kız ve erkek öğrencilerin yıllarla ilgili değerlendirmeleri benzer iken, tüm yıllara ilişkin kızların etkinlik değerlendirmesi daha yüksektir (K: 3.57±0.7, E:3.13±0.9, t(137)=-3.012 p<0.001). Tıp eğitiminde yer alan konular arasında öğrencilerin en yüksek puanladıkları "fizik muayene yapma" (3.78) dır. Bu sırası ile girişimsel beceriler, öykü alma, kendi öğrenme ihtiyaçlarını belirleyebilme, problem çözme becerileri kazanma, etik yaklaşım kazanma ve bir araştırmayı planlama ve sunma becerileri kazanma izlemektedir. "Halk Sağlığı ile ilgili konular"ın puanları ise: "bir araştırmayı planlama, yürütebilme ve sunma becerileri kazanma" (3.53±1.0), "ekip çalışmasının önemini kavrama ve ekip çalışması deneyimi kazanma" (3.52±1.0), "hastanın biyolojik, sosyal, kültürel ve davranış özelliklerine göre bütünsel yaklaşım kazanma" (3.32±0.9), "aile planlaması danışmanlık becerisi kazanma" (3.29±1.0), "koruyucu hekimlik yapabilme" (3.12±1.0), "iş sağlığı ve meslek hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma" (3.01±1.1), Türkiye'nin öncelikli sağlık sorunları ile ilgili bilgi sahibi olma" (2.96±1.0), "Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi hakkında bilgi sahibi olma" (2.95±1.0) ve "Hekimin yönetimde ilgili sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olma" (2.78±1.02). "Hekimin yönetimle ilgili sorumlulukları" ve "iş sağlığı ve meslek hastalıkları" konularında kız ve erkek öğrencilerin ortalamaları benzer iken, diğer tüm konularda kız öğrencilerin puanları daha yüksektir (p<0.05). Öğrencilerin %66.9'u gelecekteki mesleki yeterliliklerini "yüksek", %28'i orta ve sadece %5'ini düşük düzeyde yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Kız öğrenciler, erkeklere göre kendilerini daha yeterli görmekteydiler (p<0.05). Öğrencilerin %60'ı "hekim olmaktan memnun" %26'sı "kısmen memnun" olup sadece %14'ü memnun değildi. Kız öğrenciler hekim olmaktan daha memnundular (p<0.05).

### Sonuç

2003-2008 tarihleri arasında MUTF'de eğitim alan öğrenciler, mezuniyet esnasında tıp eğitimlerini beş üzerinden 3.31 olarak değerlendirirken, bu değerlendirmede hekim olmaktan memnun olup olmamalarında TUS ve mecburi hizmet kaygısı belirleyici olabilir. Bu kaygıların da tıp eğitimi etkinliği ile birlikte değerlendirilebilecek çalışmalar yapılmasına gerek vardır. Bu doğrultuda halk sağlığı alanındaki öğrenme ihtiyaçları da değişmiş olabilir.

### Anahtar Kelimeler

Tıp eğitimi, mezuniyet öncesi halk sağlığı eğitimi, mesleki yeterlilik, hekim olmaktan memnuniyet

- Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - nozaydin@gmail.com
- Arş. Gör. Nur MUSTAFAOĞLU, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - nurmustafaoglu@yahoo.com
- Evin AZIZOĞLU, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi - kubradoganay32@yahoo.com
- İsmail ÇEVİK, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi - kubradoganay32@yahoo.com
- Mehmet ÇİFTSÜREN, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi - kubradoganay32@yahoo.com
- Gökhan DEMİR, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi - kubradoganay32@yahoo.com

## ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ RİSKLER KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

**Ö. TERZİ, N. ARSLAN, S. CANBAZ, Y. PEKŞEN**

### Giriş ve Amaç

Toplumla sağlık hizmeti sunmayı amaç edinmiş hekimler, bu hizmeti verirken bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarını tehdit eden fiziksel, biyolojik ve kimyasal pek çok riske maruz kalmaktadır. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMUTF) son sınıf öğrencilerinin mesleki riskleri konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, 1-30 Mayıs 2008 tarihleri arasında, OMUTF Hastanesinde öğrenim gören 214 son sınıf öğrencisinden araştırmaya katılmayı kabul eden 179 (%83.6) öğrenci alınmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri, mesleklerini isteyerek seçip seçmedikleri, seçimle ilgili memnuniyetleri, çalışma saatleri, nöbet tutma, beslenme alışkanlıkları, iş ilişkileri, sağlıklarını tehdit eden riskler, risklere karşı aldıkları bireysel önlemler, kesici-delici alet yaralanmaları, iş koşullarından dolayı yaşadıkları sağlık sorunları ve varsa tanı konmuş hastalıkları, şiddete maruziyet ve psikolojik durumları sorgulanmıştır. Veriler çoktan seçmeli ve açık uçlu 34 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır.

### Bulgular

Öğrencilerin 81 (%45.3)'i kadın olup, yaş ortalamaları  $24.6 \pm 1.1$  yıl olarak bulunmuştur. 94(%52.5)'ü isteyerek hekimlik mesleğini seçmiş olup, seçimlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. 168 (% 93.9)'i çeşitli bölümlerde nöbet tuttuklarını ve nöbetlerden sonra en sık uykusuzluk (%68.2), baş ağrısı (%62.6) ve sinirlilik (%60.9) gibi yakınmalarının olduğunu ifade etmişlerdir. Mesleki açıdan % 84.9'u biyolojik etkenler, % 46.4'ü uzun süre uygunsuz pozisyonda çalışma ve %45.3'ü radyoterapi ünitesinde ve röntgen cihazları ile çalışma nedeniyle risk altında olduklarını ve %39.1'i risklere karşı çeşitli önlemler aldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların mesleki risk oluşturan enfeksiyon hastalıklarını doğru bilme puan ortalaması  $6.5 \pm 1.2$  puan olarak saptanmıştır. Sadece iki (%1.1) öğrenci bu sorudan 10 tam puan almıştır. Son bir yılda intörnlerin %26.9'u enjeksiyon başlığını tekrar takarken, %22.5'i ise intravenöz girişim sırasında kesici-delici bir aletle yaralandığını belirtmiştir. Son bir yılda hasta/hasta yakınları tarafından sözlü/fiziksel şiddete maruz kalanların oranı % 41.3 olarak bulunmuştur.

### Sonuç

Çalışma sonucunda intörn doktorların, meslek hayatlarının ilk yıllarında çeşitli risklerle karşılaşmalarına rağmen mesleki riskleri yeterince bilmedikleri ve gerekli önlemleri almadıkları belirlenmiştir.

### Anahtar Kelimeler

Tıp fakültesi, intörn, mesleki risk, bilgi düzeyi

- Arş. Gör. Dr. ÖZLEM TERZİ, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - ozlemzelterzi@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. NİLDEN ARSLAN, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - hnilden58@hotmail.com
- Doç. Dr. SEVGİ CANBAZ, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - sevgic@omu.edu.tr
- Prof. Dr. YILDIZ PEKŞEN, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - ypeksen@omu.edu.tr

## ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA

**S. KARADEMİR, E. D. EVCI**

### **Giriş ve Amaç**

Özürlülük tarih boyunca bütün toplumlarda büyük bir sorun olarak varlığını sürdürmüştür. Türkiye’de özürlü sayısı, türü, özürlülüğe neden faktörlere ait kapsamlı veri mevcut değildir.

Çalışma Aydın il merkezinde özürlülük sıklığını, türlerini, nedenlerini ortaya koymayı, tespit edilen özürlülerin DSÖ’nün 2001 yılında uygulamaya koyduğu “İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)”ni kullanarak yeniden sınıflamayı ve bu sınıflamanın Türkiye’de kullanılmaya başlanması ile neler kazanılacağını tartışmayı amaçlamaktadır.

### **Gereç ve Yöntem**

Araştırma Ekim 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında Aydın il merkezinde 22 mahallede yapılmıştır. Kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olup, örnek büyüklüğü 1200 hane, 4462 kişi olarak belirlenmiştir. Haneler mahallelere göre tabakalı ve sistematik örnekleme yöntemi ile saptanmıştır. Özürlülük sıklığını hesaplamak amacıyla “Türkiye Özürlüler Araştırması-2002”nda kullanılan iki soru kağıdı ve WHO DAS-II ölçeği uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 11.5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

### **Bulgular**

Özürlülük sıklığı % 15.7 olarak saptanmıştır. 45-64 yaş grubunda, ilkokul ve daha düşük eğitim düzeyinde, evli olan bireylerde ve çalışmayanlarda özürlülük anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Özur grupları içerisinde en sık görülen üç özur türü sırasıyla, süreğen hastalıklar (% 63.7), ortopedik bozukluklar (% 11.5) ve ruhsal bozukluklar (% 8.5) olarak tespit edilmiştir. WHODAS II ölçeği ile elde edilen veriler değerlendirildiğinde Alan 3 (Kendine bakım) ve Alan 4 (İnsan ilişkileri)’de %92.5’i sıfır puan (iyi), %7.5’i 10 ve üzeri puan almıştır. WHO DAS-II sonuçlarına göre özürlü bireylerin en fazla güçlük çektiği alanlar, süreğen hastalıklarda Alan 5 (İşle ya da okulla ilgili etkinlik), ruhsal ve işitme bozuklarında Alan 1 (Anlama ve iletişim kurma), ortopedik bozukluklarda Alan 2 (Hareket etme), görme bozukluklarında Alan 1 ve 2, konuşma bozukluklarında Alan 1 ve 5, zihinsel bozukluklarda ise Alan 4 ve 5 olarak tespit edilmiştir.

### **Sonuç**

ICF sınıflamasında kodlar hastalık semptomlarının seyrine göre değişkenlik göstermekte, yani ICF kişinin yaşam sürecini izlemeye ve ona göre sınıflandırma yapmaya çalışmaktadır. Özurlerin kodlanması ve sınıflandırılması ile istihdam olanaklarının değerlendirilmesi açısından ICD-10, ICF, WHODAS II birlikte kullanılmalı ve ülkemizde bu konuda uygulamaya geçilmelidir.

### **Anahtar Kelimeler**

Özürlülük, Yetiyitimi, İşlevsellik, WHODAS-II, ICF

- Uzm. Dr. ŞENİZ KARADEMİR, ADÜTF HALK SAĞLIĞI A.D. - sakgor@adu.edu.tr
- Doç. Dr. DİDEM EVCI, ADÜTF HALK SAĞLIĞI A.D. - devci@yahoo.com

## **PEDİKULOZİS KAPİTİS TEDAVİSİNDE BAŞARISIZ OLAN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLER**

**Ö. ÖZKAN, A. ŞIKAR AKTÜRK, K. MERT**

### **Giriş ve Amaç**

Pedikulozis kapitis önlenilebilir bir sağlık sorunu olmasına karşın, halen özellikle okul çağı çocuklarını ve ailelerinin sağlığını tehdit etmektedir. Bu sorunun tekrarlayan bir sağlık sorunu olması, aynı anda çok sayıda kişiyi etkilemesi, bireysel faktörlerle olduğu kadar sosyal faktörlerle ilişkili olması tedavide ailelerin güçlükler yaşamasına yol açmaktadır. Buna karşın, ülkemizde pedikulozis kapitisli çocukların ve ailelerinin tedavi sürecinde yaşadığı güçlükleri ortaya koyan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma, pedikulozis kapitis tedavisinde başarısız olan ilköğretim çocukları ve ailelerinin tedavi sürecinde aileden, okuldan, sosyal çevreden ve evin fiziki koşullarından kaynaklı yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma amaçsal örneklem ile 2007 yılında Kocaeli ilindeki bir ilköğretim okulunun ilk beş sınıfta okuyan çocukların ve ailesinin saçlı derilerinde baş biti ve/sirkesi olup, tedavi verilen ve bu konuda sağlık eğitimi alan ancak tedavide başarısız olan 19 çocuğun annesi (14 anne) oluşturmuştur. Veriler, 7 Mayıs - 8 Haziran 2007 tarihleri arasında kalitatif veri toplama tekniklerinden bireysel derinlemesine görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşmeler, yarı yapılandırılmış bir soru formu ile kişilerin evlerinde görüntüsüz video ses kayıt cihazı ile kasetlere kayıt edilerek yapılmıştır. Elde edilen veriler tematik içerik analizi ile değerlendirilmiştir.

### **Bulgular**

Annelerin yaş ortalaması 34.17 ±6.31'dir. Annelerin tümü ev hanımı olup, %78.6'sı ilkokul mezunudur. Ailelerin yarısının sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Ailelerde baş biti olan kişi sayısı ortalama 3.00±1.32'dir. Yaşanılan güçlüklerle ilgili altı tema bulunmuştur: tedavide annelerin aile üyelerinden hiçbir destek alamaması, aile gelirinin düşük olması nedeniyle tedaviyi sürdürememe, sosyal çevrenin aileyi ve çocukları etiketlemesi, sosyal dışlanma, annelerin sıcak su kullanmasına bağlı çocukların banyo yapmamak istememesi ile okul çocuğunun okula gitmeyi ve derslerine çalışmayı reddetmesidir. Bunların dışında, bütün aileler tedavide başarısız oldukları halde bunu kabul etmemektedir.

### **Sonuç**

Pedikulozis kapitis tedavi sürecinde aileler ve çocukları sosyal faktörlere bağlı güçlükler yaşamaktadır ve bu güçlükler tedavi başarısını önemli oranda etkileyebilmektedir.

### **Anahtar Kelimeler**

Pedikulozis kapitis, tedavi başarısızlığı, güçlük, okul çocuğu.

- Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM ÖZKAN, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu - ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. AYSUN ŞIKAR AKTÜRK, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi - aysun9442@ekolay.net
- Arş. Gör. KADER MERT, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü - kgurbuz@yahoo.com

## SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞYERİ ŞİDDETİ

**S. KOCADAĞ, R. AKDUR**

### Giriş ve Amaç

İşyeri şiddeti, günümüzde tüm dünyada üzerinde önemle durulması gereken bir sorundur. Sağlık sektör çalışanları işyeri şiddetinde özellikle risk altındadır. Bu derlemede Dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin boyutlarını ve biçimlerini saptamak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Derlemede konu ile ilgili; makale, rapor, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü, Türk Tabipleri Birliği, gibi resmi sitelere ulaşılmıştır.

### Bulgular

DSÖ 2007 raporuna göre her yıl dünya üzerinde 1.6 milyon insan şiddet sonucu ölmektedir. Şiddet, tüm dünyadaki her iki sağlık görevlisinden birini etkilemektedir. Araştırmalar, çalışma sırasındaki bütün şiddet olaylarının %25’inin sağlık sektöründe ortaya çıktığını ve bu sektörde çalışanların %50’sinin şiddete maruz kaldığını göstermektedir.

2001-2002 yıllarında Türkiye’de yapılan bir çalışmada, 1071 sağlık çalışanında şiddet türlerinden birine ya da daha fazlasına uğrama sıklığı %50.8 olup şiddete maruz kalan sağlık çalışanları içinde en sık pratisyen hekimler %67.6, hemşireler %58.4, en az öğretim üyeleri %32.4 ve diğerleri %32.7 olarak bulunmuştur.

Türkiye’de 2002 yılında acil servislerde yapılan bir çalışmada, son beş yıl içerisinde sözlü şiddete maruz/tamık olanların oranının (%61.1), fiziksel şiddete maruz/tamık olanların (%15.6), tehdide maruz olanların (%23.3) olduğu görülmüştür.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası’nın 1771 kadın sağlık çalışanı üzerinde yaptığı ankette, kadınların %40.6’sı işyerinde şiddete maruz kalmıştır.

### Sonuç

Hastalıklar ve kazalar, stres yaratan etkenlerin başında gelir. Stres durumunda insanlar, farklı davranışlar sergileyebilirler. Bu değişikliklere, destek sistemlerinden yoksun birey ve ailelerde daha sık rastlanır. Sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarına sağlık çalışanları tarafından kasıtlı olmasa da, verilen yanlış ya da eksik tepkiler, bireylerin saldırganlık eğilimlerini tetikleyebilir. Sağlık hizmetinin yeterli ve etkin olabilmesi için, hasta-hasta sahipleri-sağlık çalışanları arasında iş birliğine gereksinim vardır.

Şiddet olaylarının en aza indirgenebilmesi için bütün sağlık kurumları bir şiddet engelleme programını sistemlerine eklemelidir.

Şiddet durumlarını engelleyen genel bir strateji yoktur. Risk etmenleri kurumdan kuruma ve üniteden üniteye değişebilmektedir, bundan dolayı yönetimler multidisipliner bir kurul oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanları, güvenlik eğitim programlarına katılmalı ve yönetimlerin güvenlik amacıyla yürüttükleri politika, yöntem ve sistemleri bilinmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Sağlık çalışanları, işyeri şiddeti, sözlü şiddet, fiziksel şiddet

• Arş. Gör. Dr. Subahattin KOCADAĞ, AÜTF Halk Sağlığı - kocadağsa@yahoo.com.tr

• Prof. Dr. Recep AKDUR, AÜTF Halk Sağlığı - recepakdur@yahoo.com

## SEVK ZİNCİRİ İPTALİNİN ÜÇÜNCÜ BASAMAKTA KONULAN TANILAR VE SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNA MALİYETİ ÜZERİNE ETKİLERİ

**N. SAVAS, C. ÖZER, T. İNANDI**

### Giriş ve Amaç

Çağdaş hekimlikte hastaların üçüncü basamağa (üniversite hastanesi) sevk zinciriyle başvurmaları gerekmektedir. Çalışmanın amacı Nisan 2006'da mücavir alan ve belediye sınırları içindeki memur ve yakınlarına (birinci müdahale), Haziran 2007'de de tüm sosyal güvenlik kapsamında olanlara (Yeşil Kart ile mücavir alan ve belediye sınırları dışındaki memur ve yakınları hariç) uygulanan sevk zinciri iptalinin (ikinci müdahale) üniversite hastanesi başvurularına ve sosyal güvenlik kurumuna (SGK) maliyet etkisini değerlendirmektir.

### Gereç ve Yöntem

Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi'nin Ocak 2006 - Kasım 2007 elektronik kayıtları retrospektif değerlendirildi. Müdahale öncesinde, birinci ve ikinci müdahalede hafta içi günlük ortalama poliklinik başvuruları, sosyal güvenlik kurumları ve bölümler arasındaki farklılıklar ile tanı dağılımları ANOVA ve hız ile analiz edildi. Yeşil kartlılarda müdahale olmadığından diğer sosyal güvenlik kurumlarıyla korelasyonları değerlendirildi.

Maliyet hesabında; başvuru başına birinci basamakta 11 YTL, üniversite hastanesinde bölümlere göre 49-61 YTL ödeme üzerinden değerlendirme yapıldı.

### Bulgular

Başvuruların (167.215) %12,5'i sevk zincirine müdahale öncesi, %50,0'ı birinci müdahale ve %37,6'sı ikinci müdahale sonrasıydı. Müdahale öncesi hafta içi günlük ortalama başvuru 256,8±45,9 iken birinci müdahale sonrası 273,8±69,9 (p>0,05) ve ikinci müdahale sonrası 471,8±114,7 idi (p<0,01). SSK'lıların hafta içi günlük ortalama başvuru sayıları sırasıyla 17,3±10,0, 41,6±19,9 ve 158,2±33,9 (p<0,01), yeşil kartlıların ise 18,2±6,9, 25,1±15,4 ve 35,7±19,2 idi (p<0,05). Yeşil kartlılar ile emekli sandığı ve memur başvuruları arasında korelasyon saptanmazken (p>0,05) SSK ve Bağkur'lılarla saptandı (p<0,05).

İkinci müdahale sonrasında SSK'lıların branşlara göre başvuru hızındaki artış en çok kardiyoloji bölümünde (%95,7) olup bunu kalp damar cerrahisi (%45,2), göğüs hastalıkları (%35,0), ortopedi (%23,1), fizik tedavi (%18,0), nöroloji (%17,1) ve kadın doğum (%11,9) izledi. SSK'lıların ikinci müdahale öncesi kardiyolojide en sık tanılar hipertansiyonken sonrasında anksiyete bozukluğu oldu. Göğüs hastalıklarında KOAH iken miyalji, ortopedide kırıkken artralji, nörolojide epilepsiyken baş ağrısı, kadın doğumda infertiliteyken vajinit şeklinde tanı değişimleri saptandı. Sadece bu tanılar için SGK müdahale öncesi 8.394YTL, sonrası ise 117.133YTL ödemişti. Birinci basamakta tanı alsalardı SGK 24.618YTL ödeyecekti.

### Sonuç

İkinci müdahaleyle başvuru hızı bazı branşlarda daha çok arttı ve en sık tanılar birinci basamakta çözümlenebilecek tanılardı. SGK müdahale sonrası öncesine göre bu tanılar için hastaneye 13,9 kat fazla, müdahale sonrası birinci basamağa göre de 4,7 kat fazla ödeme yapmıştı.

### Anahtar Kelimeler

Sevk zinciri, üniversite hastanesi, maliyet

- Yrd. Doç. Dr. NAZAN SAVAŞ, MUSTAFA KEMAL ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. HATAY - drnazansavas@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. CAHİT ÖZER, MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ A.D. HATAY -
- Doç. Dr. TACETTİN İNANDI, MUSTAFA KEMAL ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. HATAY - tacettin65@yahoo.com



## SİVRİHİSAR İLÇE MERKEZİNDE 40 YAŞ ÜZERİ ERKEKLERDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

A. ÜNSAL, D. ARSLANTAŞ, F. KOÇ, S. TOKER

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma, Eskişehir ili Sivrihisar ilçe merkezinde 40 yaş ve üzerindeki erkeklerde sigara içme sıklığını ve yaşam kalitesini saptamak amacıyla yapıldı

### Gereç ve Yöntem

Çalışma, Ocak-Şubat 2008 tarihleri arasında Eskişehir ili Sivrihisar ilçe merkezinde ikamet eden 40 yaş üzeri erkeklerde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Sivrihisar Toplum Sağlığı Merkezi 2007 yılı kayıtlarına göre ilçe merkezi nüfusu 9264 olup, 4469'u(%48) erkek, 4795'i (%52) kadındı. Erkek nüfusun 1718'i (%38.5) 40 yaş ve üzerindedir. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 708 kişiden ulaşılabilen 586 kişi (%82.8) çalışma grubuna oluşturdu. Sigaraya bağlı ortaya çıkabilecek etkileri gözlemleyebilmek için 40 yaş ve üzeri erkeklerde çalışılması düşünüldü. Çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan anket formu, evler dolaşarak yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Yaşam kalitesinin tayininde SF-36 Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. İstatistiksel analizler için Student t testi, Ki-kare testi ve Varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

### Bulgular

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 40-83 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 53.42±9.14 idi. Sigaraya başlama yaşı 10-46 arasında değişmekte olup, ortalama sigaraya başlama yaşı 21.32±6.79 idi. Sigara içme sıklığı %47.1 (n=276) olarak saptandı. Yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve sosyal güvence durumu ile sigara içme sıklığı arasında bir ilişki bulunamadı (her biri için: p>0.05). Sigara içenlerde SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık algısı, enerji-canlılık ve mental sağlık alan puan ortalamaları sigara içmeyenlerden anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu (her biri için: p<0.05). Sigara içenler arasında içilen paket yıl sigara miktarı arttıkça fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık algısı, enerji-canlılık ve mental sağlık alan puan ortalamaları anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu (her biri için: p<0.05).

### Sonuç

Bu çalışma, Sivrihisar ilçe merkezinde sigara içme sıklığının yüksek olduğunu gösterdi. Sigara içenlerde yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Sigara ve zararları hakkında halka yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği kanısına varıldı.

### Anahtar Kelimeler

Sigara içme sıklığı, yaşam kalitesi, 40 yaş üzeri erkekler

- Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - alaattin@ogu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - adidem@ogu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Filiz KOÇ, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - koc.filiz@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Serkan TOKER, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - drserkantoker@gmail.com

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞANLARIN MEMNUNİYETİ, İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER**

**G. URAL, O. CEYHAN, S. KAHRAMAN**

**Giriş ve Amaç:** İş doyumu, "işçinin işi ya da işinin farklı boyutları ile ilgili duygulanımı ya da duygulanımsal yanıtıdır"; yani, işiyle ilgili tutumdur. Bu tutum, deneyimlerle gelişir; yani öğrenilir. Kişinin işindeki davranışlarını belirleyen de, işi ile ilgili tutumdur. Bir başka tanıma göre de iş doyumu, işini gerçekleştirirken ya da işini gerçekleştirmesi sayesinde, işçinin gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinin bir türevidir. Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sınır Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlarının iş doyumu etkileyen etmenleri incelemek, doyumu azaltan ya da doyumunsuzluğa yol açan öğeleri saptamak ve doyumu artıracak ya da doyumunsuzluğu azaltacak öneriler oluşturmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bakırköy Ruh ve Sınır Hastalıkları Hastanesi kayıtlarına göre, Mayıs 2008'de toplam çalışan sayısı 1.283'tür. Bu evrenden 205 (%16) kişiden oluşan bir örneklem sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenmiş, Haziran-Temmuz 2008 tarihleri arasındaki veri toplama sürecinde, örneklemi oluşturanların %100'üne (n=205) ulaşılmıştır. Bu kesitsel çalışmada kullanılan ve 10 alt ölçek ve 60 maddeden oluşan İş Doyumu Ölçeği (İDÖ), Almanca'dan Türkçe'ye Ege Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde uyarlanmıştır. Ölçeğin alfa katsayısı bu çalışmada 0.93 olarak hesaplanmıştır. Formun ikinci bölümü, araştırmacılar tarafından, sosyodemografik özelliklerle ilgili veri toplanması amacıyla geliştirilmiştir. Formların ön uygulanması, bir başka kurumda görevli 50 sağlık çalışanı üzerinde yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma grubunun %39.2'si 28 yaşında ve daha genç; %48.8'i erkek; %42'si ön lisans ve üstü eğitim düzeyinde; %59.1'i evlidir. Mesleki dağılımda, hekimler en büyük (%30.4) meslek grubudur; onları yardımcı hizmetlerde (%22.8), diğer sağlık hizmetlerinde (%16.4), genel idari hizmetlerde (%15.2) çalışanlar ve hemşireler (%13.2) izlemektedir. Katılımcıların %36.4'ü Cerrahi Tıp Bilimleri, %26.8'i de, Dahili Tıp Bilimleriyle ilgili bir birimde çalışmakta; %88'inin yönetsel bir görevi bulunmamakta; %4.2'si günde 10 saat ve daha uzun süre, %42.5'i de, sıklıkla hafta sonu da çalışmaktadır. Grubun %56.8'inin toplam çalışma süresi on yıldan uzundur. Çalışanların %29.8'inin bu hastanedeki hizmet süresi, 2 yıl ya da daha azdır. İDÖ puan ortalamaları mesleklere, çalışılan birime ve toplam hizmet süresine göre istatistiksel anlamda önemli farklılık göstermektedir. İDÖ'nin alt ölçekleri ve her alt ölçeğin standardize edilmiş, puan aralığı (en az ve en çok puanlar), tepe değeri (mode), ortancası (median), aritmetik ortalaması (mean) ve standart sapması sunulmuştur. Standardizasyon için, her bölümden alınan puandan o bölümdeki soru sayısı çıkartılmış, elde edilen değer, bölümden alınabilecek en çok puana bölünüp yüzde çarpılmıştır. Standart puanlara göre, genel iş doyumu puan ortalaması, ölçekten alınabilecek en çok puanın yarısından azdır. Puan ortalamaları en çok olan alt ölçekler, sırasıyla: ekip çalışması, işin kendisi, kuruma bağlılık ve güven, bilgilendirme ve iletişimidir. Bu alt ölçeklerin puan ortalamaları İDÖ puan ortalamasından yüksektir (p<0.001). Çalışma çözme ve fiziksel koşullar alt ölçeklerinin puan ortalamaları İDÖ puan ortalamasına yakındır ve aralarında istatistiksel anlamda önemli farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Puan ortalaması en az olan alt ölçekler ise, sırasıyla; ücret ve ödül sistemleri, birimler arası ilişkiler, çalışanların gelişmesi ve örgüt kültürüdür. Bu alt ölçeklerin puan ortalamaları, İDÖ puan ortalamasından azdır (p<0.001).

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının genel iş doyumu puan ortalaması alınabilecek en çok puanın yarısından azdır. Buna göre, sağlık çalışanlarının genel iş doyumu ve bir bileşeni olan iş doyumu düşük, diğer bileşeni olan iş doyumunsuzluğu ise yüksektir. İş doyumu ölçeği puan ortalaması en az olanlar sırasıyla hemşireler ve hekimler, en çok olanlar ise, destek hizmeti sunanlardır. Sağlık hizmetinin öznesi olmak ve hizmeti hasta ile birebir ilişki içinde yürütmek, iş doyumunu azaltan önemli bir etmendir. Bu hastanede, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yönetsel sorumluluk temelinde oluşturulan gruplar arasında, İDÖ puan ortalamaları açısından, istatistiksel anlamda önemli farklılık saptanmamıştır. İş doyumu çalışmaya başladıktan iki yıl sonra azalmaya başlamakta, onuncu yıldan sonra artmaktadır. Alt ölçeklerin standartlaştırılmış puan ortalamalarına göre, ekip çalışması, işin kendisi, kuruma bağlılık ve güven ile bilgilendirme ve iletişim başlıkları altında tanımlanan etmenlerin ortalama puanları en yüksek olduğuna göre, bu etmenlerle ilgili doyumun artırılması da en güçtür. Ayrıca, bu etmenlerden işin kendisi dışında kalanlarında, iyileştirme sağlansa bile, hijyen etmeni oldukları için ancak iş doyumunsuzluğu azaltılabilecektir. Puan ortalaması en az olan ücret ve ödül sisteminin iyileştirilmesi, hem iş doyumunun artmasına, hem de iş doyumunsuzluğunun azalmasına katkı yapacaktır; ancak bu önerinin gerçekleştirilmesi güç olduğu gibi, tersine gelişmeler hızlanarak sürmektedir. İDÖ puan ortalamasından düşük puanlara sahip olan diğer alt ölçeklerden birimler arası ilişkiler ve örgüt kültürü iş doyumunsuzluğunu artıran, çalışanların gelişmesi ise iş doyumunu azaltan etmenlerdir. En düşük puanlara sahip etmenlerde iyileştirme sağlanması, koşullar engel gibi görünse de daha olanaklıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İş Doyumu, Sağlık Çalışanları, Hastane, Çalışanların Memnuniyeti

- Dr. Gürkan URAL, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sınır Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - gurkanural@yahoo.com
- Prof. Dr. Osman CEYHAN, T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Kayseri - oscey@erciyes.edu.tr
- Seval KAHRAMAN, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sınır Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - paramedikseval@hotmail.com

## TTB HALK SAĞLIĞI KOLU 20. GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ SONUÇ BİLDİRGESİ

**E. ALTUNDAŞ, N. ÇAĞLAYAN, İ. KAYI, M. ERKOÇ**

TTB Halk Sağlığı Kolu 20. Gezici Eğitim Semineri Röportörleri

### Giriş ve Amaç

Gezici Eğitim Semineri, halk sağlığı alanında mezuniyet sonrası eğitim sürecindeki hekim ve diğer sağlık çalışanlarının uygulamalı eğitimine katkı sunmak amacıyla, TTB Halk Sağlığı Kolu tarafından, 1989 yılından itibaren her yıl düzenli olarak gerçekleştirilmektedir. Gezici Eğitim Seminerinin 20'ncisi 22-28 Haziran 2008 tarihlerinde, Zonguldak, Kocaeli, Bilecik ve Eskişehir illerini kapsayan güzergâhta, "Sanayileşme, Kentleşme, Çevre ve Sağlık" başlığında yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Gezici Eğitim Seminerine 13 tıp fakültesi ve iki sağlık bilimleri enstitülerinde görevli, ikisi öğretim üyesi olmak üzere 23 halk sağlığı katılmıştır. Etkinlik boyunca katılımcılar, sanayi bölgelerinde işçi sağlığı, çevre sağlığı ve kentleşme ile ilgili durumu yerinde gözlemleme olanağı bulmuştur. Seminer programı kapsamında Zonguldak Taşkömürü İşletmeleri'nden Kozlu Maden İşletmesi A.Ş., Sağlık Bakanlığı Zonguldak Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi, Kocaeli- Dilovası Belediye Başkanlığı, Diler Demir Çelik Endüstri ve Ticaret A.Ş., Türkiye Petrol Rafinerileri A.Ş. İzmit Rafinerisi, Kocaeli İl Çevre ve Orman Müdürlüğü ve İzmit Atık Yakma ve Depolama A.Ş. (İzaydaş), Bilecik Seranit Granit Seramik Sanayi Ticaret A.Ş ve Eskişehir Büyükşehir Belediye Başkanlığı ziyaret edilmiştir. Gezinin raporlandırılması sürecinde katılımcıların gözlemleri, kurum yetkilileri ve çalışanları ile yapılan görüşmeler ve ziyaret edilen kurumların basılı kaynaklarından yararlanılmıştır.

### Bulgular

Ziyaret edilen kamuya ait işyerlerinde, üretim sistemlerinde esnekleşme sürecinin ağırlık kazandığı ve taşeronluk ve rodövans gibi çalışma biçimlerinin yaygınlaştığı gözlenmiştir.

Özelleştirilmiş olan iki fabrikada üretimin maksimizasyonu öncelendiğinden özelleştirmeden bu yana geçen süreç içinde işçiler için çalışma koşulları ağırlaştığına tanık olunmuştur.

Ziyaret edilen özel kurumlarda ise toplam kalite yönetimi ve kalite çemberleri gibi uygulamaların doğal olarak, insan sağlığını değil üretimi-kârı merkeze alarak planlandığı görülmüştür. İşçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarının maliyet unsuru gözetilerek yapıldığı ve bu uygulamaların kişisel koruyucularla sınırlı kaldığı, kişisel koruyucuların ise etkin ve düzenli bir şekilde kullanılmadığı gözlenmiştir.

### Sonuç

Gezici Eğitim Semineri boyunca ulaşılabilen veriler değerlendirildiğinde, ziyaret edilen kurum ve kuruluşlardaki çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri ile ziyaret edilen illerde sanayileşmenin kentleşme, çevre ve sağlık üzerine etkisiyle, kentleşmenin çevre ve sağlık üzerine etkisinin müdahale edilmesi gereken bir halk sağlığı sorunu boyutunda olduğu görülmüştür. Söz konusu tablo, insana ve doğaya "rağmen" ekonominin-sanayinin ve kentleşmenin nelere mal olabileceğini göstermekte ve sorunun; çalışanlar ve çevre açısından; çözümü için planlanacak müdahalelerin, parçalara yönelik değil, toplumsal yaşantının bütününe kapsayacak şekilde olmasını zorunlu kılmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Sanayileşme, kentleşme, çevre, sağlık

- Arş. Gör. Dr. ELİF ALTUNDAŞ, MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D - elifaltundaserden@gmail.com
- Arş. Gör. Dr. İLKER KAYI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D - ilkerkayi@yahoo.com
- NESLİHAN ÇAĞLAYAN, MARMARA ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D - neslihan.caglayan@gmail.com

## TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NİN HASTA BİNA SENDROMU AÇISINDAN ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Rukiye AYLAZ, Fatma SÖYLEMEZ, Gülsen GÜNEŞ, Erkan PEHLİVAN

### Giriş ve Amaç

Hasta bina sendromu (HBS) kişilerin, içerisinde buldukları, yaşadıkları, çalıştıkları binalardaki olumsuz koşullara dayalı olarak ortaya çıkan semptom ya da bu semptomlara bağlı bir sendrom tablosudur. Hasta binalar çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilediği gibi, iş başarılarını ve performanslarını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu çalışma Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışanların çalıştıkları binayı HBS açısından değerlendirmelerini tespit etmek ve HBS ile ilişkilendirilecek semptomları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

T.Ö.T.M'nde çalışan 489 kişi araştırmanın örnekleme alınmıştır. Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, Anket Formu London Hazards Centre, Interchanges Studios tarafından 1990 yılında hazırlanmış bir anket formunun Türkçeye tercüme edilmiş formundan yararlanarak hazırlanmıştır. Çalışma Nisan-Mayıs 2008 tarihleri arasında çalışmacıların gözetiminde bire bir anketler doldurularak sorgulanmaları yapılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması  $29.36 \pm 5.53$  yıldır. %60.3'ü kadın, % 39.7'si erkektir. Çalışanlarda en çok görülen semptomlar; baş ağrısı %94.0, yorgunluk/bitkinlik %91.0, ciltte kuruma %88.8, kuru ve acıyan boğaz %88.4, nezle tipi semptomlar %85.5, burunda tıkanıklık %81.7 olarak saptanmıştır. Çalışanların %37.0'ı havalandırmayı yetersiz ve % 46.8'i hastane ortamını gürültülü bulduklarını belirtmişlerdir. Sağlığı bozan semptomlar ile çalışılan birimlerdeki doğal ışığın yokluğu arasındaki ilişki incelendiğinde; kuru ve acıyan boğaz, ciltte kuruma, ciltte döküntü/kızarıklık, baş dönmesi sersemleme, kolda kaşınma, göğüste ağrı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ) bulunmuştur.

### Sonuç

Hastanede en çok havalandırma ve gürültü sorunu vardır. Hastanede çalışanlarda en çok görülen semptomlar; başağrısı, yorgunluk ve bitkinliktir. Doğal ışığın olmadığı odalarda semptomlar daha fazladır. Çalışanların semptomlarını sorgulayan aynı zamanda ölçümlerin de yapılacağı daha ileri çalışmalar hastanelerde yapılmalı ve sonuçları hastane yönetimlerine bildirilerek çözüm önerileri getirilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Hasta bina sendromu, hastane, sağlık çalışanları.

## TÜRKİYE'DE YERLEŞİM YERİ BAZLI SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİNİN BAZI SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ İLE İLİŞKİSİ

**Saniye Orhan AKSOY, Erhan ESER**

### **Giriş ve Amaç**

Sağlık düzeyi göstergelerinde, sağlık hizmetlerine ulaşmada, hizmetlerin kullanımında ve sunulan hizmetin kalitesinde bölgeler arasında ve toplumsal sınıflarda, ayrıca sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu araştırma, Türkiye'de kamu kurum ve kuruluşları tarafından üretilen ilçe bazlı sağlık düzeyi göstergeleri ile sağlık belirleyicilerinin ilişkisini ve sağlıkta bölgesel eşitsizliklerin araştırılmasını amaçlamaktadır. Araştırmanın hipotezleri kanıtlanabildiği ölçüde ilçe bazlı kamu kurumları verilerinin yararlanılabilirliği ve güvenilirliği de gösterilmiş olacaktır.

### **Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma ekolojik tipte olup, araştırmanın evrenini ilçe merkezli sağlık belirleyici değişkenlerinin elde edildiği DPT 2004 ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi araştırmasındaki ilçe sayısı oluşturmaktadır (872 ilçe). Araştırmada 533 ilçeye ulaşılmıştır (%61.1). Araştırmanın bağımlı değişkenleri ölümlülük, doğurganlık ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerdir. Bu araştırmada 4 temel bağımsız değişken grubu kullanılmıştır. Bunlar, eğitim, doğurganlık, coğrafi ve demografik gelişmişlik ile sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliğidir. Tek değişkenli (bağımsız gruplarda t testi ve Pearson korelasyon) ve çok değişkenli (çoklu doğrusal regresyon) analizleri SPSS 10.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veri kaynakları: TÜİK, DPT, Sağlık Bakanlığı'dır.

### **Bulgular**

İlçe temelli ulusal veri kaynaklarının verinin kaynağına göre değişiklikler gösterdiği, Sağlık Bakanlığı kaynaklı bazı verilerin tutarsız olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada farklı kaynaklardan elde edilen veriler bir araya getirilmiştir ve bu verilerin doğruluk düzeyi hakkındaki belirsizlik bu araştırmanın en önemli sorunudur. Hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde eğitim, gelir ve yerleşim yeri gibi bağımsız değişkenlerin ölümlülük, doğurganlık ve sağlık hizmetleri gibi bağımlı değişkenleri etkiledikleri bulunmuştur. Bulgular ekolojik araştırmalarda neden sonuç ilişkisini kanıtlayamasa da alt grup farklılıkları anlamında bir fikir vermektedir. Bu araştırmada 4 temel bağımsız değişken grubu ile bazı sağlık düzeyi göstergeleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir:

- Türkiye'de sağlık göstergeleri açısından bölgelerarası farklılıklar mevcuttur. Doğu bölgesinde ölüm hızları daha yüksektir; hastanede doğum yapma oranı, bebek izlem sayısı ve yöntem kullanma oranları gibi veriler Batı'da daha yüksektir. Aşı devamsızlık hızları ve sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı ise Doğu bölgesinde yüksektir. Doğu bölgelerinde Batı bölgelerine nazaran kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, çocuk-kadın oranı daha yüksek bulunmuştur.
- Eğitilmiş nüfus oranı arttıkça bebek ölüm hızı, aşı devamsızlık hızı azalmış, sağlık hizmetlerinin kullanımını da artmıştır.
- Gelir arttıkça doğurganlık hızı düşmüştür.
- Sağlık hizmeti ile ilgili göstergeler Sağlık Bakanlığı kaynaklı göstergeleridir ve ilçe temelli olan bu veri grubunda da geçerliliği konusunda sorumlu olan bazı değişkenler saptanmıştır ve bu değişkenler, tek değişkenli analizler ve faktör analizlerinde anlamsız çıktığı için çoklu analizlere alınmamıştır.
- Kentsel ve gelişmiş toplum göstergeleri arttıkça postneonatal ölüm hızı düşük bulunmuştur.

### **Sonuç**

Türkiye'de Sağlık ve sağlığı belirleyen göstergeler açısından bölgesel ve sosyoekonomik alt gruplar arasında beklenen eşitsizlikler bir kez daha ortaya konmuştur: ölümlülük, doğurganlık ve sağlık hizmetleri gibi bağımlı değişkenler üzerinde en belirleyici bağımsız değişkenler gelir ve eğitimidir. İlçe temeline dayalı kamu kaynaklı sağlık ve sağlığı belirleyen değişken verilerinde nitelik açısından bazı sorunlar bulunmakla birlikte bu veriler önemli ölçüde kullanılır ve geçerli verilerdir. Ancak sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında ilçe temelli verilere kıyasla il temelli verilerin daha güvenilir olduğu, Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre Sağlık Bakanlığı kaynaklı ilçe temelli verilerin daha az güvenilir olduğu söylenebilir.

### **Anahtar Kelimeler**

Sağlıkta eşitsizlikler, sağlık hizmet kullanımı, ölümlülük, doğurganlık, ekolojik çalışma

- Saniye Orhan Aksoy, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi - saniyeorhanaksoy@yahoo.com.tr
- Prof. Dr. Erhan Eser, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - e.eser@bayar.edu.tr

## VAN AÇSAP MERKEZİ'NE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ EVLENMİŞ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI

**A. KARAHAN, A. YÜKSEL, S. DEVECİ, T. ERBAYDAR**

### Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı cinsel yaşamı, üreme sağlığının bir bileşeni olarak tanımlamıştır. Bu çalışmada Van AÇSAP Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) sıklığını saptamak ve kadınların cinsel yaşamlarıyla ilişkili özelliklerini tanımlamak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın verileri, Mayıs-Haziran 2008'de Van AÇSAP Merkezi'ne cinsel sorun dışındaki nedenlerle başvuran 18 yaş üstü, evlenmiş, anketin uygulanmasına yazılı onay veren kadınlara, özel bir odada, yüz yüze uygulanan anketle toplanmıştır. Ankette kadının sosyodemografik özellikleri, CFB'ye etki edebilecek faktörlere ilişkin sorular ve Türkiye'de geçerlilik çalışması yapılmış olan Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) yer almıştır. Halen devam etmekte olan çalışmanın ön sonuçları olarak, 105 olguya ait veriler ki-kare ve t-testi analizleri yapılarak sunulmuştur.

### Bulgular

Ortalama değerler olarak, kadın yaşı  $30.94 \pm 0.74$ , eşinin yaşı  $35.62 \pm 0.75$ , ilk evlenme yaşı  $17.93 \pm 0.30$ , evlilik süresi  $12.98 \pm 0.81$  yıl, yaşayan çocuk sayısı  $3.68 \pm 0.22$ , hanehalkı büyüklüğü  $7.65 \pm 0.42$  bulundu. Hiç okula gitmeyenler %49,5, 8 yıl ve üzeri gidenler %5,8, halen kentte yaşayanlar %81,9, resmi nikahı olanlar %82,9, çok eşli evlilik %3,8, kendi isteği/onayı dışında evlendirilenler %11,5, herhangi bir AP yöntemi kullananlar %71,4, düzensiz adet görenler %28,6, evlilik öncesi herhangi bir cinsel yaklaşması olanlar %26,7, evde özel yatak odası olanlar %61,0, bazen veya sıklıkla eşinden fiziksel şiddet görenler %39,2, bazen veya sıklıkla eşi tarafından zorlanarak cinsel ilişki yaşayanlar %29,6 oranındadır. Cinsellikle ilgili bilgi kaynakları arasında sağlık personelini sayanlar %17,1, sağlık personelini en güvenilir bilgi kaynağı olarak sayanlar %38,1 oranındadır. FSFI sınır değeri 26,55 alınarak, CFB oranı %69,0 bulundu. Eşi tarafından zorlanarak cinsel ilişki yaşayanlarda CFB daha sık görülmekteydi (ki-kare=4,12 p<0,05). Diğer değişkenlerle CFB arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

### Sonuç

Kadınlarda CFB sıklığı yüksek bulunmuştur. Sorunun üreme sağlığı çerçevesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmesi gereklidir. Çalışmamız henüz devam ettiğinden olgu sayısı ayrıntılı istatistiksel değerlendirmeler yapmaya izin vermemektedir. Ancak ön sonuçlarımız sorunun önemini yanı sıra, kadınların statüsüyle ilgili çok boyutlu sorunlara işaret etmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Cinsel Fonksiyon Bozukluğu, Üreme Sağlığı, Cinsel Sağlık, FSFI

- Yrd. Doç. Dr. AKTAN KARAHAN, YYÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - aktankarahan@yyu.edu.tr
- Prof. Dr. AYŞE YÜKSEL, YYÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - ayukselvan@yyu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. SERKAN DEVECİ, YYÜ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ A.D. - drdevecitr@yahoo.com
- Doç. Dr. TUĞRUL ERBAYDAR, YYÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - erbaydar@yyu.edu.tr

## YAŞLILARDA SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN GÖSTERİLMESİNDE FARKLI BİR YAKLAŞIM: “SAĞLIK ALGISI DEĞİŞİMİ DEĞERİ”

E. ESER, N. P. BAYSAN

### Giriş ve Amaç

Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda bir yıllık sağlık algı değişiminin, yaşlılarda sağlık eşitsizliğinin ortaya konulmasında kullanımının gösterilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma metodolojik bir çalışmadır. Manisa'nın üç ayrı bölgesinde 65 yaş ve üstündeki yaşlı nüfusunu temsil eden 505 yaşlı birey örneği üzerinde yürütülmüştür. Bireylerde sağlıkta eşitsizlik çalışmalarında kullanılan önceden bilinen değişkenler sorgulanmıştır. Bunlar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan bölge, süregen hastalık varlığı, sosyal güvence, gelir algısı, KATZ aktivite indeksi, düzenli egzersiz, aile ile ilişkiler, engellilik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve bir sağlık kurumundan sürekli hizmet alabilme değişkenleridir. “Sağlık Algısı Değişimi Değeri” ise bireylere sorulan “Geçen seneye göre sağlığımız nasıldır” sorusunun beş seçeneğe göre ordinal yanıtlara göre hesaplanmıştır. Yanıt seçenekleri: çok daha iyi, daha iyi, değişiklik yok, daha kötü ve çok daha kötü olarak sunulmuştur. Yukarıda sıralanan bu kategorik değişkenlerin her bir alt grubu için ayrı ayrı “Sağlık Algısı Değişimi Değeri” hesaplanmıştır. Hesaplama yönteminde ordinal yanıt seçeneklerindeki “daha kötü ve çok daha kötü” yüzdeleri toplanıp, “daha iyi ve çok daha iyi” yüzdeleri toplamından çıkarılmıştır. “Değişiklik yok” seçeneği ise etkisiz yanıt olarak değerlendirilmiştir. Örneğin araştırma grubundaki kadınlarda yanıt seçenekleri yüzdeleri “çok daha iyi ve daha iyi” yanıt seçenekleri için toplam yanıt yüzdesi %10.3; “daha kötü ve çok daha kötü” yüzdeleri toplamı da %38.4 olduğunu varsayarsak, bu durumda kadınlar için “Sağlık Algısı Değişimi Değeri”  $10.3 - 38.4 = -28.1$  olarak hesaplanır. Aynı değer erkekler için de hesaplanarak aradaki fark karşılaştırılır. “Sağlık Algısı Değişimi Değeri” nin bir yıl içinde genel olarak yaşa bağlı olarak negatif olma eğiliminde olması beklenmekle birlikte bu farklılaşmanın derinliği eşitsizliğin derinliğini gösterecektir. Bu değişimin yaştan etkileneyeceği varsayımı ile her bir alt grupta “Sağlık Algısı Değişimi Değerleri” ayrıca yaşa özel olarak hesaplanmıştır.

### Bulgular

Genel (n=505) veri seti için “Sağlık Değişim Algısı” eşitsizlik değeri,  $34.3 - 10.5 = -23.8$  dir. 65-74 yaş grubunda değer -15.1, 75 yaş ve üstünde ise -35.0 dir. Fark 19.9 dur. Araştırmada saptanan diğer farklar ise: Erkek ve kadınlar için 13.0; eğitimi olanlar ve olmayanlar için 25.8; sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar için 20.7; kendini yoksul olarak ve varsıl olarak algılayanlar için 18.8; Kent ve kırsal-gecekonduya yaşam için 11.3; hastalık olup olmaması için 12.9; KATZ indeksine göre bağımlı ve bağımsız olanlar için 39.3; kendi evinde ve çocuğunun evinde yaşayanlar için 21.4; düzenli yürütüş yapanlar ve yapmayanlar için 31.0; ailesi ile ilişkileri olumlu ve olumsuz olanlar için 23.7; sağlık kurumuna kolaylıkla ulaşabildiğini söyleyenler ile ulaşamayanlar için 29.9 ve sağlık kurumundan sürekli hizmet alabilenler ve alamayanlar için ise 9.0 olarak saptanmıştır. Yaşa özel değerlerin dağılımında özellikle 75 yaşın üstünde eşitsizliğin yaştan bağımsız olarak daha da derinleştiği göze çarpmaktadır.

### Sonuç

“Sağlık Algısı Değişimi Değeri” yaşlılarda sağlıkta eşitsizliklerin değerlendirilmesi ve izlenmesinde yararlı bir yöntem olarak kullanılabilir. Bu yöntemin diğer yaş gruplarında ve daha geniş ölçekli ekolojik çalışmalarda sınıması önerilir. Türk yaşlılarının sağlık algısının bir yıllık değişimi genel olarak derin bir olumsuzluğa işaret etmektedir. Eşitsizliği sınamak için kullanılan değişkenlerin alt grupları arasında önemli farklılıklar gözlenmiştir.

### Anahtar Kelimeler

Yaşlılık, sağlıkta eşitsizlik, sağlık algısı.

• Prof. Dr. ERHAN ESER, CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - e.eser@bayar.edu.tr

• Arş. Gör. Dr. N. PINAR BAYSAN, CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - pinar.baysan@bayar.edu.tr

## ZONGULDAK'TA BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARIN MARUZ KALDIĞI EŞ ŞİDDETİNİN SIKLIĞI VE ŞİDDETE ETKİ EDEN BAZI FAKTÖRLER

### Berin BAYRAKLI

#### **Giriş ve Amaç**

Kadına yönelik şiddet dünyada ve Türkiye'de çok yaygın olmasına rağmen, en fazla gizlenen, iyiliği önlemek ve zarar vermektense öte insan haklarını, temel özgürlükleri ihlal eden evrensel ve sosyal bir problemdir. Bu çalışma Zonguldak il merkezinde bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınların maruz kaldığı eş şiddetinin sıklığını ve şiddete etki eden bazı faktörleri ortaya koyabilmek amacı ile planlanmıştır.

#### **Gereç ve Yöntem**

Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı olup 24 Mart - 23 Nisan 2008 tarihleri arasında Zonguldak il merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; sağlık ocağının hizmet verdiği bölgede oturan 4201 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; evreni bilinen örneklem hesabı sonucunda 156 kadın olarak tespit edilmiştir. Veriler literatür taranarak geliştirilen toplam 27 sorudan oluşan anket formu aracılığı ile kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Sonuçlar SPSS 15.0 paket programında sayı, yüzde ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

#### **Bulgular**

Kadınların %42.9'unun(n=67)27-36 yaş arasında, %51.3'ünün(n=80) ilkököl mezunu, %96.2'sinin(n=150) herhangi bir işte çalışmadığı, %65.38'inin (n=102) müstakil evde oturmakta olduğu %41.6'sının ise (n=65)ekonomik durumunun fena değil olarak tanımladığı saptanmıştır. Kadınların aile ve evlilik durumlarına baktığımızda; %80.8'inin (n=126) çekirdek aile, %56.4'ünün (n=88) 18-23 yaşları arasında evlendiği, %37.1'inin (n=58)16 ve üzeri yıldır evli olduğu, %41.6'sının (n=65) görücü usulü isteyerek evlendiği, %87.8'inin (n=137) resmi+imam nikahlı olduğu, %49.3'ünün (n=77) evlilik ilişkisini iyi olarak tanımladığı tespit edilmiştir. Kadınların %51.3'ünün (n=80) eşleri tarafından fiziksel, %45.25'inin (n=71) duygusal-sözel, %23.1'inin (n=36) ekonomik, %22.4'ünün ise (n=35) cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Kadınların eğitim durumu ile duygusal-sözel (p=0.02), ekonomik (p=0.01), cinsel (p=0.01) şiddet arasında ilişkinin anlamlı olduğu, kadınların eşlerinin eğitim durumu ile cinsel (p=0.02) şiddet arasında, konut tipi ile duygusal-sözel (p=0.005) şiddet arasında, ekonomik durum ile fiziksel (p=0.005), duygusal-sözel (p=0.005), ekonomik (p=0.000) ve cinsel (p=0.02) şiddet yüzdeleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

#### **Sonuç**

Zonguldak'ta bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınlar arasında fiziksel ve duygusal-sözel şiddet oldukça yaygındır. Şiddetle mücadelede toplumsal cinsiyette eşitliğin sağlanması gerekmektedir. Böylelikle kadının eğitim, çalışma ve fırsat eşitliği, karar verme ve seçme özgürlüğü, eşit işe eşit ücret, toplumsal statü eşitliği gibi haklardan yararlanabilmesi sağlanabilir. Ayrıca kadınların iş olanaklarının artırılması, ev içi emeğin görünür kılınması, askeri ücret ve temel ücret belirlenirken ev içi emeğin ekonomik değerinin de dikkate alınması, bu işleri yapanların sosyal haklardan yararlanması, kadının ücretsiz aile işçisi olmasının önlenmesi için düzenlemelerin yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

#### **Anahtar Kelimeler**

Eş şiddeti, 15-49 yaş evli kadın, Zonguldak.

• Öğr. Gör. BERİN BAYRAKLI, KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - berinbayrakli@yahoo.com.tr



**POSTER  
BİLDİRİLER**



**DİŞ SAĞLIĞI DÜZEYİNİ BELİRLEMEDE YENİ BİR ÖLÇÜT: SFS-T İNDEKSİ****N. NAMAL, A. SHEIHAM****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmanın amacı, Namal ve Sheiham tarafından geliştirilen ve Dünya Diş Hekimleri Birliği'nin Community Dental Health Dergisinde yayınlanan yeni bir diş sağlığı düzeyi belirleme ölçütü olan SFS-T (Significant Filled and Sound- Teeth Index) İndeksinin tanıtılmasıdır. Çalışma, diş sağlığı düzeyini gösteren ölçüt olarak son yetmiş yıldır kullanılan DMFT İndeksinin türevi olarak 2000 yılında geliştirilen ve bugün de tüm dünyada çok yaygın olarak kullanılan SiC (Significant Caries Index) İndeksine karşı bu yeni indeksin neden tercih edilmesi gerektiğini de açıklamayı da amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem**

SFS-T İndeks değerini saptamak için çalışma popülasyonundaki bireyler dolgu ve sağlam diş toplamlarına göre çoktan aza doğru yukarıdan aşağıya düşey eksende sıralanır. Bu değerlerin en alt 1/3'lük kısmının ortalaması alınır ve bu ortalama SFS-T İndeksini verir. Çalışmada WHO'nun internet sitesindeki 16 farklı ülkenin 12 yaş grubuna ait çürük,dolgu ve eksik diş değerlerinden yararlanıldı. Bu 16 ülkeye ait 12 yaş grubu için SFS-T İndeks değerleri hesaplandı.Bulunan SFS-T indeks değerlerine göre ülkeler olumsuzdan olumluya sıralandı. Aynı ülkelerin 12 yaş grubuna ait WHO'nun sitesinde var olan SiC İndeks değerlerine göre de olumludan olumsuz sıralaması yapıldı.Bu iki indeksteki sıralamalarına göre 16 ülke karşılaştırıldı.Ayrıca geliştirilen bu indeksin İngiltere'de bölgelere göre 12 yaşa ait SiC İndeksiyle kıyaslaması yapılan bir çalışmaya ait sonuçlar da incelendi.

**Bulgular**

SiC İndeks değerlerinin olumludan olumsuz sıralamasında gelişen ülkeler yukarıda, gelişmiş ülkeler daha altlarda yer almaktadır. SFS-T İndeks değerlerine göre olumludan olumsuz sıralamasında ise gelişmiş ülkeler yukarıda, gelişen ülkeler daha altlarda yer almaktadır. İngiltere'de bu yeni indeksin uygulandığı ve SiC İndeksiyle karşılaştırma yapılan çalışma sonuçları da gelişmiş ve daha az gelişmiş bölgeler arasında çalışmamıza paralel değişimleri göstermiştir. Yeni geliştirilen bu indeksin bölgeler arası ve ülkeler arası sosyo-ekonomik düzeyi de daha iyi yansıttığı gözlemlenmiştir.

**Sonuç**

Gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyi, genellikle gelişen ülkelerden daha olumlu bir tabloyu yansıtmaktadır. Yeni geliştirilen SFS-T İndeks sonuçları da bu düzeyle uyumludur. SiC'e göre daha mantıklı bir tabloyu yansıtan bu yeni indeksin bölgeler arası ve ülkeler arası karşılaştırmalarda kullanılmasının daha yararlı olduğunu düşünüyoruz

**Anahtar Kelimeler**

Dental indeks, SiC, SFS-T.

- Dr. NECMİ NAMAL, SERBEST DİŞ HEKİMİ - necminamal@yahoo.com
- Prof. Dr. AUBREY SHEIHAM, UNİVERSİTY COLLEGE LONDON

## AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ ÖğRENCİLERİNİN AğIZ VE DİŞ SAğLIğI HAKKINDAKİ DAVRANIŞLARININ DEğERLENDİRİLMESİ

C. AKCAN, G. BEŞTEPE, A. BEŞTEPE, G. DEğER

### Giriş ve Amaç

Ağız ve diş sağlığı çiğneme, konuşma ve estetik açıdan bireyin yaŐantısında buyk önem taşımaktadır. Buna ek olarak, son yıllarda ağız ve diş sağlığının sistemik hastalıklarla olan ilişkisi detaylı olarak araŐtırılmaktadır. Bu tanımlayıcı çalışma niversite ğrencilerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmamız 13-15 Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılan bahar Őenliklerinde Afyon Sağlık Yüksekokulu sağlık standına gelen öğrencilerle gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni 500 kişi olarak belirlendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 300 öğrenciye anket formu verilerek cevaplamaları ve cevapladıkları formları kapalı bir kutu içersine atmaları istendi. Araştırmaya katılan öğrencilerden ağız ve diş sağlığına yönelik hazırlanan anket formları aracılığıyla bilgi toplandı. Eksik ve çelişkili olan formlar çıkartıldı. 250 adet form çalışıldı.

### Bulgular

Çalışmamızda, anketi cevaplayan 250 öğrencinin yaş ortalamasının 20 olduğu, %54'ünün kız, % 46'sının erkek, % 7,2'sinin sistemik bir rahatsızlığı olduğu, % 18,4 siğara kullandığı, % 80 düzenli diş fırçaladığı, % 94,8 kendine ait diş fırçası olduğu, % 64,8 fırçasını 1-3 ayda değiştirdiği, % 38 fıralamada diŐetinde kanaması olduğu, % 53,2 diŐetlerinde hassasiyeti olduğu, % 33,6 etkin fırçalamayı bildiği, % 100 ağız ve diş bakım ürününün markasını bildiği, % 12,8 ara sıra ve % 1,4'n her gün ara yüz temizliği yaptığı, % 9,7 düzenli diş hekimine gittiği, % 47,9 diş hekiminden korktuğu, % 18,8 sahte diş hekimini tanıdığı veya gittiği, % 70,8 dişlerinin görünümünden memnun olduğu tespit edilmiştir.

### Sonuç

Eğitim seviyesi yüksek olarak kabul edilen niversite ğrencilerinin ağız ve diş sağlığına yönelik eksikleri olduğu gözlendi. Bu nedenle konuyla ilgili daha detaylı çalışmaların yapılması ve gerekli eğitim programlarının koruyucu ve önleyici hekimlik bazında planlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

### Anahtar Kelimeler

Ağız sağlığı, ağız hijyeni, eğitim

- Yrd. Doç. Dr. Ceren AKCAN, Afyon sağlık yüksekokulu - cerenakcan@aku.edu.tr
- Öğr. Gör. Gülbahar BEŞTEPE, Afyon sağlık yüksekokulu - bestepe@aku.edu.tr
- Dr. Ahmet BEŞTEPE, merkez 2 nolu sağlık ocağı - drbestepe@hotmail.com
- Gülşen DEğER, Afyon sağlık yüksekokulu - degergulsen@hotmail.com

**ANKARA İLİNDE BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA OKUYAN 5.-8. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞINA İLİŞKİN BAZI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI****Bahar GÜÇİZ DOĞAN, Saadet GÖKALP, Şengül ÜNLÜEL****Giriş ve Amaç**

Bir ilköğretim okulunda okuyan 5.-8. sınıf öğrencilerinin ağız-diş sağlığına ilişkin bazı bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması.

**Gereç ve Yöntem**

Bu tanımlayıcı çalışmada veriler gözlem altında uygulanan bir anket formu ile Ankara İli'ndeki bir ilköğretim okulundan toplanmıştır. Bütün 5.-8. sınıf öğrencilerine (234 öğrenci) ulaşmak hedeflenmiş, 227'si ile çalışma tamamlanmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, uygun tablolarda gözlenen farkın anlamlılığını test etmek için Ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Öğrencilerin yarısı erkektir; sınıf mevcutları benzerdir. Öğrenciler 10-16 yaş arasında olup, ortalama yaş  $12.7 \pm 1.2$ 'dir. Babaların dörtte bir, annelerin %10.5'i lise ve üstü eğitim düzeyindedir. Öğrencilerin %3.5'i alkol, %8.4'ü sigara içmeyi denediklerini, %0.4'ü ise halen sigara içtiğini belirtmiştir. Şimdiye kadar diş hekimine gitmiş olanların yüzdesi %77.5'tir ancak yalnızca %12.5'i diş hekimine düzenli olarak gittiğini belirtmiştir. İlk diş hekimine gitme yaşı 3-14 arasındadır. Katılımcıların %96.5'i diş fırçası olduğunu, %43.1'i dişlerini günde en az iki kez fırçaladığını (sınıfa ve cinsiyete göre anlamlı fark olmaksızın) ve %99.5'i diş macunu kullandığını belirtmiştir. Dişlerinin sağlığını "orta" düzeyde olarak belirtenler %46.3, "iyi" düzeyde belirtenler %38.8'dir. Öğrencilerin %44.9'u dişlerinin görünümünden memnun olduğunu belirtmiştir. Dişlerinin sağlığının genel sağlık için önemli olduğu (%90.3), diş hekimine düzenli kontrollere gitmenin (%82.4) ve düzenli diş fırçalamanın (%88.1) diş sağlığını koruyacağı, çürüğün kişiyi görünüşünü bozduğu (%86.8) ve şekerli yiyeceklerin diş çürüğüne neden olacağı (%88.5) ağız-diş sağlığına ilişkin en sık belirtilen görüşlerdir. Öğrencilerin %48.9'unun diş macununun diş çürüğünü önleyici madde içerip içermediği konusunda fikri yoktur.

**Sonuç**

Öğrencilerin ağız-diş sağlığı konusundaki bilgileri iyi düzeydeyse de uygulamaları aynı şekilde değildir. Öğrencilerin ağız-diş sağlığı düzeylerinin geliştirilmesi için etkin müdahalelere gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler**

Ağız diş sağlığı, öğrenci, bilgi, davranış, ilköğretim

- Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı - bdogan@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. Saadet Gökalp, HÜ Diş Hekimliği Fakültesi Tedavi Anabilim Dalı - sgokalp@hacettepe.edu.tr
- Dr. Şengül Ünlüel, Nizip Ağız Diş Sağlığı Hastanesi

## GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**T. KAYA, H. BEBİŞ, S. KILIÇ, S. ÖZDEMİR, E. Y. YILDIZ**

### Giriş ve Amaç

Bireylerin tam fiziksel sağlığı vücudtaki tüm organ ve dokularının sağlıklı olması ile mümkündür. Ağız - diş sağlığı da bireyin vücut sağlığını doğrudan etkileyen bir faktördür. Dolayısıyla ağız sağlığının istenen düzeyde olmaması genel sağlığın bozulmasına, mortaliteye, beslenme, sindirim, konuşma, sosyal mobilite, iş yaşamı, self-imajın olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada genç erişkin erkeklerin ağız- diş sağlığı durumlarının belirlenmesi ve bunu etkileyen sağlık alışkanlıklarının saptanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Temmuz-Ağustos 2007 tarihleri arasında KKTC de askerlik görevini yerine getirmekte olan genç erişkin erkeklerin ağız-diş sağlığını değerlendirmek amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada 2552 er-erbaşın diş muayeneleri periyodik kontrol süresince aynı diş hekimi ile gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan soru formu ile erlerin sosyo-demografik bilgileri ile diş fırçalama alışkanlıkları, ağız - diş sağlığı durumlarında kendi görüşleri ile diş hekiminin muayene sonrası değerlendirmesi ve diş hekimine gitme sıklıkları sorgulanmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların tümü erkektir. Erlerin yaş ortalaması 22,40 ( $\pm 1,97$ ) ve sadece 24 (0,9%) ü okuma yazma bilmemektedir. Erlerin büyük çoğunluğu ilköğretim ve lise mezunudur (87,3%). Araştırmada yaklaşık beş erden birisinin (78,4%) sigara içtiği, şeker-çikolata tükettiği (73,6%) bulunmuştur. Sadece 10 erin diş fırçası olmadığı, olanlarında hemen hepsinin dişlerini fırçaladığı, 703 erin (27,5%) günde iki, 71 erin (2,8%) ise üç kez fırçaladığı belirlenmiştir. Erler diş fırçası değiştirme sıklığı ile ilgili soruya 272 er (10,7%) 6 aydan daha uzun sürede değiştirdiğini, çoğunluğu diş ipi kullanmadığı (96,7%) şeklinde yanıtlamışlardır. Diş hekimine başvuruları değerlendirildiğinde, erler çoğunlukla (88,2%) şikayetleri olduğunda gittiklerini ifade etmişlerdir. Erlere ağız sağlığını nasıl gördükleri sorulduğunda 489'u (19,2%) kötü olarak ifade etmişlerdir. Diş hekimi kontrolüne göre ise bu oran 884 (34,6%) olarak saptanmıştır. Muayene sonucunda katılımcıların 1526'sının (%59,8) tedavi gereksinimi olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan erler, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha iyi düzeyde ağız ve diş sağlığına sahip oldukları, diş fırçalama alışkanlıkları olduğu, diş hekimi kontrolüne gittikleri saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

### Sonuç

Araştırma sonucuna göre, genç erişkin erkeklerin ağız- diş sağlığı ölçütleri istenen düzeyin altındadır. Sağlık düzeyinin yükseltilmesi için düzenli periyodik kontrollere ve ağız-diş sağlığının önemini vurgulayan eğitimlere gereksinim bulunmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Ağız-diş sağlığı, erler, diş fırçalama

- Yrd. Doç. Dr. TÜLAY KAYA, GATA HYO - tlykaya@gmail.com
- Dr. HATİCE BEBİŞ, GATA HYO - haticebebis@yahoo.com
- Doç. Dr. SELİM KILIÇ, GATA HALK SAĞLIĞI A.D. - drselimkalic@yahoo.com
- SERPİL ÖZDEMİR, GATA HYO - serpilozdemir327@gmail.com
- Dr. ERDEM YAVUZ YILDIZ

**20 YAŞ VE ÜZERİ ERİŞKİNLERDE OBEZİTE VE YAŞAM KALİTESİ****A. ÜNSAL, D. ARSLANTAŞ, F. KOÇ****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma ile 20 yaş ve üzerindeki erişkinlerde obezite görülme sıklığı ve yaşam kalitesinin saptanması amaçlandı

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Mart-Nisan 2008 tarihleri arasında Eskişehir ili Sivrihisar ilçe merkezinde ikamet eden 20 yaş ve üzeri popülasyonda gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Küme örnekleme yöntemi ile seçilen 3 mahallede yapılan bu çalışmada hedef popülasyonun (n=987) %64,8'ine (n=640) ulaşıldı. Literatürden faydalanarak çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan anket form. evler tek tek dolaşarak yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Yaşam kalitesi, SF-36 Sağlıkla ilişkili yaşam Kalitesi Ölçeği ile saptandı. Bu ölçekte puan arttıkça yaşam kalitesi artar. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçülerek Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplandı. VKİ'yi 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olanlar obez olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler için Student t testi, Ki-kare testi ve Varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

**Bulgular**

Çalışma grubu 377'si (%58.9) erkek ve 263'ü (%41.1) kadın olmak üzere toplam 640 kişiden oluştu. Yaşları 20-81 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 40.67±13.18 idi. VKİ ortalaması 26.09±3.92 olup, en az 15.43 ve en fazla 39.76 kg.m<sup>2</sup> idi. Obezite görülme sıklığı %13.6 (n=87) olarak bulundu. Obezite görülme sıklığı ileri yaşlarda, kadınlarda, öğrenim düzeyi ilkököl ve altında olanlarda, sigara içmeyenlerde, ailesinde obezite öyküsü olanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olanlarda, öğün sayısı 4 ve üzerinde olanlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu (her biri için: p<0.05). Obez olanlarda SF-36 ölçeğinin tüm alanlarında (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık algısı, enerji-canlılık, sosyal alan, emosyonel rol ve mental sağlık alan) puan ortalamaları obez olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu (her biri için: p<0.05).

**Sonuç**

Obezite, Sivrihisar ilçe merkezinde yaşayan erişkinler için önemli bir sağlık sorunudur. Obez olanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptandı. Obezitenin zararları ve ilişkili olduğu saptanan değiştirilebilir faktörler başta üzere halka sağlık eğitimi verilmesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler**

Obezite, yaşam kalitesi, 20 yaş üzeri popülasyon

• Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - alaattin@ogu.edu.tr

• Yrd. Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - adidem@ogu.edu.tr

• Arş. Gör. Dr. Filiz KOÇ, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - koc.filiz@yahoo.com

## ADANA İLİ SOLAKLI BELDESİNDE OTURAN KİŞİLERİN KULLANDIĞI TUZLARIN İYOT DURUMU

**H. ZORBA, E. KARA, M. AKBABA**

### Giriş ve Amaç

İyot eksikliği sorunu Türkiye’de halen önemli boyutlardadır. İyot yetersizliğine temel yaklaşım dünyada en sık kullanılan yöntem olan tuzun iyotlanması ile kişilerin günlük iyot alımını arttırmaktır. Türkiye’de 1994 yılında başlatılan “İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı” gereğince 1998 yılından itibaren sofraya tuzlarına 50-70 mg/kg oranında potasyum iyodür veya 25-40 mg/kg oranında potasyum iyodat katılması zorunlu getirilmiştir ve 2004 yılından itibaren iyotsuz üretilen sanayi tuzlarının tüketiciye satışı yasaklanmıştır. Adana İl Sağlık Müdürlüğü 2003 faaliyet raporunda yayınlandığı üzere örnek alınan tuzların potasyum iyodat yönünden %78,0 oranında uygun olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızın amacı; Solaklı Beldesi’nde yaşayan kişilerin evlerinde kullandıkları tuzların potasyum iyodat veya potasyum iyodür yönünden uygun olup olmadığını saptanmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanan çalışma 01.04.2008 ile 15.05.2008 tarihleri arasında Adana İli Solaklı Beldesinde yapıldı. Hanelerin %78’inde iyotlu tuz kullanımı ön görülerek % 5 hata payı ile 916 hanenin 205’i örnek seçildi, 8 yedek örneğe alındı ve 213 hane dolaşıldı.. Adana İli Solaklı Beldesinde hane seçimi basit rastgele yöntemle yapıldı, çalışmanın yapıldığı sürede dolaşıldı ve evlerde kullanılan tuzlardan örnek alındı. Aynı tarihlerde beldede bulunan 18 bakkalın hepsi gezildi ve iyotlu tuz satılma durumu incelendi. Evlerden alınan örneklerde 15 ppm Potasyum iyodat varlığı veya 75 ppm potasyum iyodür varlığı test kitleri(MBI KITS International Improved iodised Salt Field Test Kit, For salt fortified with potassium iodate only, 75 ppm potassium iodide) ile tespit edildi.

### Bulgular

Çalışmamız çerçevesinde evlerden topladığımız 213 tuz örneğinde yapılan analizde 189(%88,7)’si iyotsuz, 24(%11,7)’si iyotlu olarak bulundu. İyot bulunan tuzların 3(%12,5)’ünde potasyum iyodür, 21(%87,5)’inde potasyum iyodat tespit edildi. Gezilen bakkalların hepsinin gıda sanayii tuzu ve sofraya tuzu sattığı tespit edildi.

### Sonuç

Çalışmamızda iyotlu tuz kullanma oranının çok düşük olduğu bulunmuştur. İyotlu tuz uygulamasının etkinliğini değerlendirmek için, kullanılan tuzlarda iyot yetersizliği durumu, toplumun iyotlu tuz kullanım durumunu belirleyecek izlem çalışmalarına ve kişilerin iyotlu tuz kullanmalarına yönelik eğitimine ihtiyaç vardır.

### Anahtar Kelimeler

Tuz, İyot

- Arş. Gör. Dr. Hürsan ZORBA, ÇÜTF Halk Sağlığı A.D. - hzorba@cu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Ertan KARA, ÇÜTF Halk Sağlığı A.D. - ekara@cu.edu.tr
- Prof. Dr. Muhsin AKBABA, ÇÜTF Halk Sağlığı A.D. - makbaba@cu.edu.tr



## ADANA İLİ SOLAKLI MERKEZ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 20-64 YAŞ ARASI KADINLARDA OBEZİTE VE İLİŞKİLİ RISK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ

**Ersin NAZLICAN, Hakan DEMİRHİNDİ, Muhsin AKBABA**

### Giriş ve Amaç

Obezite: prevalansı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artan kronik bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı: Solaklı merkez sağlık ocağı bölgesinde erişkin yaş grubu kadınlarda obezitenin düzeyi ve obeziteye neden olan veya obezitenin neden olduğu risk faktörlerini araştırmak, insan ve toplum sağlığına katkıda bulunmaktır.

### Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, 2006 yılı içerisinde, Solaklı bölgesindeki 20-64 yaş arası gebe olmayan kadınlarda yapılan kesitsel analitik bir çalışmadır. Solaklı Beldesi'nde 20-64 yaş arası kadın nüfusu 1283 olup, Türkiye'de obezite ile ilgili yapılan prevalans çalışmaları dikkate alınarak %95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile örnekleme 225 kadının alınacağı hesaplandı. Örneklem ev halkı tespit fişlerinden tabakalı rasgele yöntemle seçildi. Bir anket formu ile kadınların sosyo-demografik özellikleri ile öz. soygeçmişleri ve beslenme alışkanlıkları hakkında bilgi toplandı. Obeziteyi değerlendirmek için Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplandı. Kadınların obezite ile ilişkili olarak, hipertansiyon ve/veya diyabet gibi risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kan glukoz düzeyi ve tansiyonları ölçüldü. Çalışmanın bağımlı değişkeni BKİ'dir. Bağımsız değişkenlerimiz ise: yaş, medeni durum, gebelik sayısı, beslenme alışkanlıkları, diyabet ve hipertansiyondur. Verilerin analizi için SPSS 10.0 programında ki-kare ve korelasyon testleri yapıldı.

### Bulgular

Araştırma, Solaklı bölgesindeki 20-64 yaş kadın nüfusunu temsil eden 225 kişide yapıldı. Yaş ortalaması  $36.5 \pm 11.6$  yıl, ortancası 35.0 yıl idi. Kadınların %89.8'i (202) evli, %7.6'sı (17) bekar, %2.7'si (6) dul veya boşanmış idi. BKİ'ne göre kadınların %28.00'ü obez olarak değerlendirildi. Obezitenin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en sık 45-49 yaş grubu kadınlarda görüldüğü bulundu. Yaş ile BKİ arasında olumlu, zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon vardır ( $r=0.316$ ,  $p=0.000$ ). Gebelik sayısı ile BKİ arasında olumlu, zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon vardır ( $r=0.297$ ,  $p=0.000$ ). Kadınların kırmızı et tüketimi ile BKİ arasında olumlu, zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon vardır ( $r=0.205$ ,  $p=0.000$ ). Kadınların %4.9'unda (11) diyabet tespit edildi. Diyabet ile obezite arasında anlamlı bir ilişki vardı (Yates  $\chi^2=5.545$ ,  $sd=1$ ,  $p=0.019$ ). Kadınların %19.6'sında (44) hipertansiyon tespit edildi. Hipertansiyon ile obezite arasında anlamlı bir ilişki vardı ( $\chi^2=22.532$ ,  $sd=1$ ,  $p=0.000$ ).

### Sonuç

Erişkin obezitesi yaşla beraber artış göstermektedir. Gebelik sayısı artışı ile ve diyetle tüketilen kırmızı et miktarı arttıkça obezite sıklığı artmaktadır. Diyabeti ve hipertansiyonu olanlarda obezite daha sık görülmektedir. Obezite önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bu sorunu önlemek için koruyucu sağlık politikalarının üretilmesi gerekmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Obezite, kadın, BKİ (beden kitle indeksi)

- Arş. Gör. Dr. Ersin NAZLICAN, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - e.nazlican@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - demirhindi@cu.edu.tr
- Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - akbaba@cu.edu.tr

## AFYONKARAHİSAR TINAZTEPE VE 2. BLOK YURTLARINDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

G. BEŞTEPE, G. DEĞER, Ş. DEĞER, S. GÜLTEKİN, S. AKTAŞ, E. PERİNCEK, Y. CEYLANTEKİN

### Giriş ve Amaç

Gençlerin hastalık, sakatlık ve ölüm nedenleri arasında; beslenmeleri, fizik aktiviteleri, çevreleri, ruhsal durumları önemli bir yere sahiptir. Bu araştırma Afyonkarahisar'da bulunan yükseköğretim öğrenci yurtlarında kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını, fiziksel aktivitelerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Afyon Kocatepe Üniversitesi öğrencilerinden Afyonkarahisar İl merkezindeki kredi yurtlara bağlı Tinaztepe ve 2.blok yurtlarında kalan ve çalışmayı kabul eden 400 öğrenci ile yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada hazırlanan anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış, elde edilen veriler SPSS paket programıyla değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 50'si erkek, %50'si kızdır. %65,1'i 17-20 yaş gurubunda %34,9'u 21-24 yaş grubundadır. Kız öğrencilerin günlük aldıkları kalori ortalaması 1596 kcal, erkek öğrencilerin aldığı ortalama kalori 1548 kcal olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %4,3'ünün hiç kahvaltı yapmadığı, %11,3'ünün hiç sebze tüketmediği, %13,8'inin hiç meyve tüketmediği tespit edilmiştir. %91,8'inin fast-food, tost, pizza vb yediği, %96,6'sının kola, hazır kahve, çikolata vb tükettiği belirlenmiştir. %52,5'inin kırmızı et tükettiği, %57,5'inin hiç balık yemediği, % 14,5'inin hiç beyaz et yemediği saptanmıştır. %49,8'inin egzersiz yapmadığı, %70,8'inin son 1 yılda okulda ya da okul dışında yapılan herhangi bir aktiviteye katılmadığı belirlenmiştir. Kızların %33'ünün, erkeklerin ise %19'unun zayıf olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin BKİ'si 20,76, erkek öğrencilerin BKİ'si 23,9'dur. Öğrencilerin %25,8'inin anemisinin, %24,5'inin reflüsünün, %7,8'inin ülserinin, %42,3'ünün beslenme bozukluğunun, %17,3'ünün konstipasyonunun, %29,3'ünün vitamin eksikliğinin olduğu bulunmuştur.

### Sonuç

Yurtlarda kalan öğrencilerin dengeli ve yeterli beslenmediği, yeterli düzeyde egzersiz yapmadığı ve buna bağlı olarak bazı hastalıkların ve yetersizliklerin ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır. Öğrencilere yeterli ve dengeli beslenmenin önemi, sedanter yaşamın zararları, ileride karşılaşılabilecekleri sorunlar etkili bir şekilde anlatılmalıdır. Yurtlarda ve okul kantinlerinde öğrencilerin sağlıklı beslenmelerine olanak sağlanmalı ve gerekli eğitim programları düzenlenmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Yurt, öğrenci, beslenme, davranış

- Öğr. Gör. Gülbahar BEŞTEPE, Afyon Sağlık Yüksekokulu - bestepe@aku.edu.tr
- Gülşen DEĞER, Afyon Sağlık Yüksekokulu - degergulsen@hotmail.com
- Şükran DEĞER, Afyon Sağlık Yüksekokulu - degersukran@hotmail.com
- Sadife GÜLTEKİN, Afyon Sağlık Yüksekokulu - sadife32@hotmail.com
- Seda AKTAŞ, Afyon Sağlık Yüksekokulu
- Eda PERİNCEK, Afyon Sağlık Yüksekokulu - eda\_perincek@hotmail.com

## ANKARA'DA İKİ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 0-59 AYLIK ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN SAĞLIKLI GIDA HAZIRLAMA KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tülay BAĞCI BOSİ, Fehminaz TEMEL, Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Levent AKIN

### Giriş ve Amaç

Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı olmanın temel koşullarından birisidir. Sağlıklı beslenmede en önemli etkenlerden birisi ise tüketilecek gıdaların sağlığa uygun koşullarda hazırlanmasıdır. Özellikle 0-59 aylık çocukların beslenmesi gıdaların hazırlanması ve seçimi annelere bağlıdır. Bu çalışmada Ankara'da iki Sağlık Ocağı bölgesine kayıtlı 0-59 aylık çocukların annelerinin sağlıklı gıda hazırlamadaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan çalışmada, sağlık ocağına kayıtlı olan 0-59 aylık 235 çocuğun annelerine yüzyüze görüşme tekniğiyle anket uygulanmıştır. Anket, "Gıda Güvenliği İçin 5 Başlık" adı altında Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği "Sağlıklı Gıda Hazırlamadaki Bilgi, Tutum, Davranış Formu" kullanılarak oluşturulmuştur. Ankette "temizlik, çiğ ve pişmiş yiyecekleri ayırma, yiyecekleri doğru pişirme, yiyecekleri doğru sıcaklıkta saklama, su ve hammaddeleri doğru kullanma" başlıkları altında kişilerin kendi ifadelerine göre bilgi, tutum ve davranışlarıyla ilgili sorular bulunmaktadır. Veriler, SPSS 15 programıyla değerlendirilmiş, analizlerde yüzde dağılımları kullanılmıştır.

### Bulgular

Annelerin %34,9'u 25-29 yaş grubunda olup %31,1'i 24 yaşında veya daha küçüktür. Yüzde 36,2'si ilkökul, %27,7'si ilçe mezunu, %83,0'ü çalışmamakta, %7,2'sinin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Annelerin tamamı yiyeceklere dokunmadan önce ellerin yıkanması gerektiğini bilmesine rağmen %57,4'ü bunu yaptığını ifade etmiştir. Annelerin %97,4'ü mutfakta kullanılan bezlerin mikropların yayılmasına neden olabileceğini bilmesine karşın ancak %64,7'si bunları tekrar kullanmadan önce temizlediğini belirtmiştir.

Daha önceden pişirilmiş yemeklerin tekrar tüketimden önce tamamen ısıtılması gerektiğini annelerin %26,8'i doğru olarak cevaplamışlardır. Etlerin pişirilmesi için gereken sıcaklığı annelerin %32,3'ü doğru olarak bilirken, ancak %3,0'ü çiğ ve pişmiş yiyecekleri hazırlarken aynı mutfak araç gereçleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamındaki kişilerin %32,3'ü çiğ ve pişmiş yiyeceklerin aynı yerlerde saklanması gerektiğini, %56,6'sı pişirilmiş gıdaların buzdolabına hemen kaldırılması ve oda ısısında bekletilmemesi gerektiğini doğru olarak bilmıştır. Katılımcıların %73,2'si ambalajlı gıdaların son kullanma tarihlerini kontrol ettiklerini ve tarihi geçmiş gıdaları kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılanların davranışları incelendiğinde: %47,7'si dondurulmuş gıdaları buzdolabında ya da serin bir yerde çözdürdüğünü, %59,6'sı yemeği pişirdikten sonra artan yemekleri iki saat geçmeden serin bir yere kaldırdığını, %46,8'i daha önce pişirilmiş yemekleri tekrar ısıtırken tamamen ısınmasına dikkat ettiğini belirtmiştir.

### Sonuç

Çalışmaya katılanların ancak %3'ü çiğ ve pişmiş yiyeceklerin yemeğe hazırlanması sırasında ayrı mutfak gereçleri kullanmaktadır. Araştırmada annelerin gıdaların doğru koşullarda pişirilmesi ve doğru sıcaklıkta saklanması konusunda bilgi düzeyinin düşük olduğu, diğer konularda doğru bilgilerinin olmasına rağmen bu bilgilerini uygulamadıkları saptanmıştır. Birinci basamakta verilen halk eğitimleri içine sağlıklı gıda hazırlama, saklama ve pişirme konularını da dahil edilerek toplumun "Sağlıklı Gıda" konusunda bilinçlendirilmesi uygun olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Sağlıklı Gıda, Hazırlama, Saklama, Pişirme

- Öğr. Gör. Tülay BAĞCI BOSİ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - tulaybosi@gmail.com
- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - fehminazi@yahoo.com
- Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - sevkato@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. Levent AKIN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - leventa@hacettepe.edu.tr

## ANKARA'DA YAŞAYAN BİREYLERİN TATİL DÖNEMİNDE BESLENME DÜZENİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLERİN İNCELENMESİ

S. AKAR ŞAHİNGÖZ, H. ŞAHİN, F. YILDIZLI

### Giriş ve Amaç

İnsanlar tatil yaptıkları yerlerde güvenilir, uygun fiyatlı ve kaliteli hizmetler ile yeterli ve dengeli beslenmeyi geliştirecek besinleri satın almak isterler. Tatil döneminde yapılan fiziksel aktiviteler, tüketilen yiyecek miktarından daha az olduğundan insanlar bu dönemde kilo almaya eğimli hale gelmektedir. Bu nedenle bu dönemlerde yeterli ve dengeli beslenme daha bir

### Giriş ve Amaç

İnsanlar tatil yaptıkları yerlerde güvenilir, uygun fiyatlı ve kaliteli hizmetler ile yeterli ve dengeli beslenmeyi geliştirecek besinleri satın almak isterler. Tatil döneminde yapılan fiziksel aktiviteler, tüketilen yiyecek miktarından daha az olduğundan insanlar bu dönemde kilo almaya eğimli hale gelmektedir. Bu nedenle bu dönemlerde yeterli ve dengeli beslenme daha bir önem kazanmaktadır. Tatil dönemlerinde; süt ve ürünleri, et ve grubu besinler, taze sebze ve meyveler ile ekmek ve tahıl grubu besinlerin aynı öğünde, birlikte ve önerilen miktarlarda tüketilmesine özen gösterilmelidir. Bu araştırma; Ankara ilinde yaşayan bireylerin tatil dönemlerinde beslenme düzenlerinde meydana gelen değişiklikleri belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın verileri Ankara'nın 8 merkez ilçesinde yaşayan toplam 152 kişi ile yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 13.5 paket programında değerlendirilmiştir. Bulguların yüzde frekans dağılımı verilerek, kişilerin demografik özellikleri ile açıklayıcı değişkenler arasında ilişki olup olmadığı  $\chi^2$  testi ile analiz edilmiş ve çözümlemelerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların % 63.1'ini kadınlar, % 40.8'ini 30-39 yaş grubunda olanlar, % 57.9'unu yükseköğrenim görenler, % 67.1'ini evli olanlar ve % 34.9'unu da 1000-1500 YTL gelir düzeyine sahip olanlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin tatil dönemlerindeki beslenme düzenleri cinsiyete göre incelendiğinde; kadınların tatil döneminde tükettikleri yiyecek miktarını artırdıkları (% 33.3), erkeklerin ise eşit oranlarda dengeli beslenmeye daha çok dikkat ettikleri, diğer günlere göre tüketilen yiyecek ve alkol miktarını artırdıkları (% 23.2) saptanmıştır. Tatil süresince bir haftada tüketilen sebze ve meyve miktarları incelendiğinde; kadınların %42.7'sinin sebzeleri 4-6 porsiyon tüketirken, erkeklerin %39.3'ünün 1-3 porsiyon tükettikleri, kadınların %29.2'sinin meyveyi 10 porsiyon ve üzerinde, erkeklerin ise %33.9'unun 7-9 porsiyon tükettikleri bulunmuştur. Araştırmaya alınan bireylerin tatil süresince bir haftada tükettikleri sebze ve meyve miktarı ile cinsiyetleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya katılan erkeklerin tatil süresince tükettikleri alkol miktarında artış olduğu bulunmuştur. Bireylerin tükettikleri bira miktarı ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur.

### Sonuç

Bireylerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının en aza indirilmesinde önemli rol oynayan koruyucu etmenlerden biridir. Çok fazla yiyecek çeşidi ve miktarının bir arada sunulduğu tatil dönemlerinde bu konu aynı bir önem kazanmaktadır. Bu dönemlerde, yemeğin, tatilin merkezi olmamasına özen göstermek gerekmektedir. Sağlıklı beslenme ve egzersiz birbirini tamamladığından tatil sırasında egzersize de vakit ayrılmalı, yeteri miktarda sıvı tüketimine dikkat edilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

tatil, beslenme, beslenme düzeni

- Yrd. Doç. Dr. Semra AKAR ŞAHİNGÖZ, Gazi Üniversitesi - semras@gazi.edu.tr
- Arş. Gör. Hande ŞAHİN, Gazi Üniversitesi - handesahin@gazi.edu.tr
- Arş. Gör. Feride YILDIZLI, Gazi Üniversitesi - ferideovali@gazi.edu.tr

**BALIKESİR İBRAHİM BODUR ÇIRAKLIK EğİTİM MERKEZİNDEKİ ÇIRAKLARDA ZAYIFLIK PREVALANSININ BELİRLENMESİ****N. KARADAğ, S. YÖRÜK****Giriş ve Amaç**

Beden çalışması çok olduğu halde yeterli besin tüketemeyen, ağır işte çalışanlarda ve gençlerde zayıflık önemli bir sorundur. Çalışmanın amacı: Balıkesir Çıraklık Eğitim Merkezi'ndeki çıraklarda zayıflık prevalansının ve risk faktörlerinin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel çalışma. Balıkesir İbrahim Bodur Çıraklık Eğitim Merkezi'nde 2004 Haziran ayında yapılmıştır. Örnekleme seçimi yapılmamış Balıkesir Çıraklık Eğitim Merkezi'nde okuyan çırakların tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı günlerde okula gelen 398 öğrenciye ulaşılmıştır. Zayıflık durumunun belirlenmesi için Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmıştır. BKİ <18.5 kg/m<sup>2</sup> altı zayıf, BKİ > 30.0kg/m<sup>2</sup> şişman olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın verisi çırakların kendileri tarafından doldurulan anketler aracılığı ile toplanmıştır. Veri, SPSS 11.5 programı kullanılarak Ki-kare ve Lojistik Regresyon Analizi ile çözümlenmiştir.

**Bulgular**

Çırakların yaş ortalaması 16.93±1.31, %51.0 ilköğretim mezunu, %36.9'u berber ve kuaför olarak, % 65.6'sı 8 saatin üzerinde çalıştığı, %37.4'ünün sigara içtiği, %60.1'inin öğün sayısı 2 olduğu, %42.2'sinin kahvaltı yapmadığı, % 17.6'sının et, süt, yumurtayı hiç tüketmediği saptanmıştır. Zayıflık prevalansı %27.8 (BKİ<18.5 kg/m), obezite prevalansı %4.3 (BKİ>30.0 kg/m)olarak bulunmuştur. Zayıflığın özellikle orta adolesan dönemde (15-17 yaş) (OR:1.88, %95 GA:1.14-3.11), bir yıldan daha az sürede çırak olarak çalışanlarda (OR:1.78, %95 GA: 1.09-2.89) görülme sıklığının arttığı saptanmıştır.

**Sonuç**

Balıkesir'de çırak olarak çalışanlarda zayıflık önemli bir beslenme sorunudur. Her dört çıraktan biri zayıftır. Sosyal eşitsizliklerin beslenme sorunlarında öncelikli olarak ele alınması gerektiği; yeterli ve dengeli beslenme için topluma yönelik politikaların, sorunun çözümünde yararı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Beden Kitle İndeksi, zayıflık, prevalans, çıraklar

• Öğr. Gör. Nuriye KARADAğ, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu - nkaradağ@balikesir.edu.tr

**BURSA İLİ NİLÜFER İLÇE MERKEZİNDE 12-14 YAŞ İLKÖĞRETİM OKULUNA DEVAM EDEN ÇOCUKLARDA ANEMİ PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ****N. DÜNDAR, K. PALA****Giriş ve Amaç**

Demir eksikliği ve anemi yaşamın herhangi bir döneminde görülebilir. Adolesanlar hızlı büyümeleri, demir içeren besinleri yetersiz almaları ve kızlarda menstrual kan kaybı nedeniyle demir eksikliği gelişimi açısından risk altındadır. Amacımız adolesan dönemde demir eksikliği ve anemi prevalansını saptamak, etkileyen risk faktörleri belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma 15 Aralık 2007 - 30 Mart 2008 tarihleri arasında Bursa Nilüfer İlçe Merkezindeki okullarda okuyan 12-14 yaş grubu öğrencilerde yapılan kesitsel tipte çalışmadır. Evreni 26 ilköğretim okulun ikinci kademesinde okuyan 8.268 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem hacmi belirlenirken demir eksikliği prevalansı %30.7 ve  $d=0.03$  alınmış,  $n=Nt2p.q/d2(N-1)+t2pq$  formülü kullanılmış, örneklem hacmi 818 hesaplanmıştır. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle 8 okul seçilmiştir. Her okuldan örnekleme alınacak öğrenciler, cinsiyet ve yaşa göre tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Öğrencilerin ailesinden olur aldıktan sonra 19 sorudan oluşan bir anket formu doldurularak, iki tüp venöz kan alınmıştır. Alınan kanlarda U.Ü Tıp Fakültesi Laboratuvarında tam kan sayımı, serum demiri, total serum demir bağlama kapasitesi ve ferritin çalışılmıştır. Hemoglobün  $<12g/dl$  olanlara anemi; transferin saturasyonu  $<15ng/ml$  olanlara demir eksikliği(DE); demir eksikliği ile birlikte anemisi olanlara demir eksikliği anemisi(DEA) tanısı konulmuştur. Veriler SPSS (Versiyon 13.0) bilgisayar programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizde ki kare, student's t testi, lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışma için U.Ü Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun onayı alınmış, Bilimsel Araştırma Birimi'nin T-2007/44 sayılı kararıyla proje desteklenmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya 795 öğrenci katılmıştır(%97.2). Katılımcıların %53.3'ü erkek, 46.7'i kızdır. Anemi prevalansı %15.1, DE prevalansı %17.7, DEA prevalansı %6.0 olarak bulunmuştur. Kızlarda DE ( $c2=11.47$ ,  $p=0.001$ ) ve DEA ( $c2=8.21$ ,  $p=0.004$ ) erkeklere göre daha fazladır. Evde yaşayan kişi sayısı fazla olanlarda( $c2=4.33$ ,  $p=0.037$ ), daha önce kansızlık tanısı alanlarda( $c2=11.112$ ,  $p=0.001$ ), öğün atlayanlarda( $c2=4.196$ ,  $p=0.041$ ), anemi daha fazladır. Günlük kırmızı et( $c2=19.145$ ,  $p=0.000$ ) ve beyaz et( $c2=13.745$ ,  $p=0.003$ ) tüketimi daha az olanlarda anemi prevalansı daha yüksektir. Adet gören kızlarda DE ( $c2=7.478$ ,  $p=0.006$ ) ve DEA( $c2=9.631$ ,  $p=0.002$ ) prevalansı adet görmeyenlere göre daha fazladır. Yapılan lojistik regresyon analizinde kızlarda demir eksikliği riski erkeklere göre 1.99 kat; kırmızı eti az tüketenlerde demir eksikliği riski fazla tüketenlere göre 2.00 kat fazladır.

**Sonuç**

Her beş adolesandan birinde demir eksikliğinin saptanması, erken tanı ve tedaviyi zorunlu kılmaktadır. Ailelere ve öğrencilere yönelik eğitim programlarının yapılması, beslenme konusunda hizmetiçi eğitimlerin sürdürülmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Adolesan, anemi, demir eksikliği prevalansı.

◦ Arş. Gör. Dr. Nilgün Dündar, UÜTF Halk Sağlığı AD - nildun@yahoo.com

◦ Doç. Dr. Kayıhan Pala, UÜTF Halk Sağlığı AD - kpala@uludag.edu.tr

**EĞİRDİR İLÇESİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARDA OBEZİTE PREVALANSI VE RİSK ETMENLERİ****Rabia ÇELİK YILDIZ, Yonca SÖNMEZ, A. Nesimi KİŞİOĞLU****Giriş ve Amaç**

Obezite tüm toplumları ilgilendiren, sıklığı giderek artan ve pek çok kronik hastalık için risk faktörü olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Araştırmanın amacı Isparta Eğirdir İlçesi'nde yaşayan 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansını ve risk etmenlerini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel-analitik tipteki çalışma, Haziran 2007-Mayıs 2008 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Evren Isparta İli Eğirdir İlçesi'nde yaşayan 15-49 yaş 5883 evli kadındı. Örnek büyüklüğü obezite prevalansı %25, hata payı %5 alınarak %95 güven aralığında 275. Eğirdir kır-kent, düşük-orta-yüksek sosyoekonomik düzey olarak tabakalanarak her tabakadan örneğe alınacak mahalle/köyler küme olarak belirlendi. Desen etkisi 2 alınarak 550 kadına ulaşılması hedeflendi. Kişilere sosyodemografik ve doğurganlık özelliklerini, beslenme alışkanlıklarını, besin tüketim sıklıklarını, günlük fiziksel aktivitelerini, kronik hastalık varlığını, sigara, alkol alışkanlığını, beden ağrılarını sorgulayan anket, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Ağırlık ve boy ölçümleri yapılarak Beden Kütle İndeksleri(BKİ) hesaplandı. BKİ 30.0 ve üzeri olanlar obez olarak sınıflandırıldı. Çözümlemede Ki-kare ve Fisher'in Kesin Testi kullanıldı.

**Bulgular**

Ulaşılan 450 kadının (Ulaşma oranı %81.8) yaş ortalaması 34.9±7.3'tü. Kadınların %60.9'u ilkokul mezunu, %78.9'u evliydi. Araştırmaya katılanların %78.9'unun 3 ana öğün yediği, %36.0'mın kilolu, %23.6'sının obez olduğu saptandı. Kadınların kendilerine sorulduğunda %48.7'si normal, %28.2'si toplu, %12.9'u şişman olduğunu, %59.5'i doğum yaptıktan sonra kilo almaya başladığını belirtti. Normal kiloda olduğunu belirten kadınların %42.9'unun kilolu, %9.6'sının ise şişman olduğu saptandı.

Obezite prevalansının 35-44 yaş grubunda ve ev kadınlarda daha yüksek olduğu, eğitim durumu arttıkça azaldığı saptandı(p<0.001). Kronik hastalığı olanlarda, menarş yaşı 9/10 olanlarda, toplam hamilelik sayısı 5 ve üzeri olanlarda, 6 aydan az emzirenlerde obezite prevalansı daha yüksekti(sırasıyla p=0.015, 0.001, 0.003, 0.002). Düzenli egzersiz yapmayanlarda, gün içinde oturma/oturarak iş yapma süresi 13 saat ve üzeri olanlarda, ayakta iş yapma süresi 1-4 saat olanlarda, düzenli olarak üç öğün besin tüketmeyenlerde, obezite için aile öyküsü olanlarda, çiğ sebze/seyrek tüketen veya hiç tüketmeyenlerde prevalans daha yüksekti (sırasıyla p=0.041, 0.001, <0.001, <0.001, <0.001, 0.003).

**Sonuç**

Sonuç olarak 35-44 yaş grubu, eğitim düzeyi düşük, aile öyküsü olanlar öncelikli olmak üzere tüm 15-49 yaş kadınlara düzenli olarak 3 öğün besin ve çiğ sebze/meyve tüketmeleri, günlük fiziksel etkinliklerini artırma konusunda eğitimler verilmeli, obeziteyle mücadele konusunda etkin bir politika oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Obezite prevalansı, 15-49 yaş evli kadın, risk etmenleri

- Rabia ÇELİK YILDIZ, Isparta Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi - rabiacelik@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı AD - yoneasonmez@yahoo.com
- Doç. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı AD - anesimi@med.sdu.edu.tr

## ELAZIğ İL MERKEZİ İLKÖğRETİM ÖğRENCİLERİNDE AŞIRI KİLOLUK, OBEZİTE PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Edibe PİRİNCCI, Birsen DURMUŞ, Yasemin AÇIK, Cemal GÜNDOğDU**

### Giriş ve Amaç

Vücutta aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan ve enerji metabolizması bozukluğu olarak bilinen obezitenin çocukluk çağında başlamış olması obezitenin erişkin dönemde de devam etme riskini artırmaktadır. Bu çalışma Türkiye'nin doğusunda bir şehir olan Elazığ ili merkez ilköğretim öğrencilerinde Uluslararası Şişmanlık Çalışma Grubu (IOTF) tanımları kullanarak aşırı kiloluk, obezite prevalansı ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma Mart-Haziran 2007 tarihleri arasında yapılmış olup, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Elazığ il merkezinde toplam 67 ilköğretim okulunun 8'inde öğrenim gören öğrencilerin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Elazığ il merkezinde bulunan 31219 ilköğretim öğrencisinin 4258' i örnekleme alınan sekiz ilköğretim okullarında eğitim görmektedir. Tekrarlayan ziyaretlerle 4258 öğrencinin 3642' sine ulaşılmıştır. Cevaplılık oranı %85.5 olmuştur. Ailelerin yazılı onamı alınarak öğrencilerin boy ve kiloları ölçülmüş ve ebeveynlerine evde doldurulmak üzere bir anket formu gönderilmiştir. Veriler SPSS 12 programına kaydedilip, önemlilik testi olarak c $\Sigma$  testi ve binary logistik regresyon analizleri yapılmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya alınan 3642 öğrencinin %48.9' u kız, %51.1 erkekti. Öğrencilerin %13.2'si aşırı kilolu, % 1.6'sı obezdi. Erkekler arasında kilo fazlalığı prevalansı %13.9, obezite prevalansı % 2.0 iken, kızlar arasında kilo fazlalığı prevalansı %12.5, obezite prevalansı %1.2 olarak bulundu (p>0.05). Obezite; erkek öğrencilerde 6 yaşta (p>0.05), kız öğrencilerde, ise 7 yaşta en fazla olduğu görülmüştür (p>0.05). Her iki cinsiyette de televizyon seyrederken atıştırma (p<0.05) ve fast food yeme alışkanlığı (p<0.05) aşırı kiloluk ve obezite oranını artırmaktadır. Öğrencilerin anne ve baba beden kitle indeksinin artması, annenin eğitim düzeyinin yüksekliği, aylık gelirin fazlalığı, doğum ağırlığının yüksek olması hem kız hem de erkek öğrencilerde aşırı kiloluk ve obeziteyi artırmaktadır (p<0.05).

### Sonuç

Elazığ il merkezinde 6-11 yaş grubu çocuklarda obezite prevalansı düşük, aşırı kiloluk prevalansı yüksektir. Aşırı kiloluk prevalansının yüksek olması, gelecekte obezitenin bu yaş grubu için bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkabileceğini düşündürmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Obezite, aşırı kiloluk, ilköğretim öğrencileri

- Yrd. Doç. Dr. Edibe PİRİNCCI, Fırat Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı - epirincci@firat.edu.tr
- Öğr. Gör. Birsen DURMUŞ, Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu - abdurmus@firat.edu.tr
- Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - yacik@firat.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Cemal GÜNDOğDU, Fırat Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu



## GATA EĞİTİM HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE MÜRACAAT EDEN GEBE KADINLARIN, "GEBELİKTE BESLENME" KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**T. TÜRKER, M. A. BABAYİĞİT, S. CEYLAN, O. SARI, H. ERSOY, M. C. YENEN**

### Giriş ve Amaç

Gebelik öncesi ve gebelik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenme, annelerde, gebelik zehirlenmesi ve anne ölümlerine yol açmakta, bebeklerde ise fiziksel ve zihinsel gelişim geriliğine, hastalıklara yakalanma riskinde önemli düzeyde artışa ve ölü doğuma yol açmaktadır. Çalışmamızın amacı GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin gebelik dönemi beslenme bilgi düzeylerini ve beslenme alışkanlıklarını saptamak ve soru formu sonrası gebeleri beslenme konusunda bilgilendirmektir. Uzun vadede polikliniğe başvuran bütün gebelere yönelik eğitim programı geliştirilerek yanlış beslenme kaynaklı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olup evrenini GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine dört aylık süre zarfında (25 Haziran - 25 Ekim 2007) müracaat eden bütün gebe kadınlar oluşturmuştur. Evrenin tamamına ulaşmaya çalışılmış, 409 gebeye ulaşılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Gebelikte beslenme konularında bilgi düzeyi ve davranışlarını etkileyen etkenler araştırılmıştır. Gebelikte beslenme konusundaki bilgi düzeyi 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS istatistik paket programıyla yapılmış, grupların karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 27.39±4.57yıl, ilk evlenme yaş ortalaması 22.02±3.11 yıl, ilk doğum yaşı 23.80±3.43 yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların, %75.8'inin ev hanımı, %78.2'sinin lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olduğu, %46.2'sinin ilk gebeliği olduğu hesaplanmıştır. Katılımcıların gebelikte beslenme konusundaki bilgi puanı 69.10 ± 14.37 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %72.4'ü doktoru, %49.9'u interneti, %57.5'i gazeteyi gebelikte beslenme için kaynak olarak kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %80.2'si peyniri, %71.6'sı sütü, %55.5'i sebze her gün veya daha sık tükettiklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların, %11.7'si gebelik sırasında sigara içtiğini bildirmiştir. Ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre, ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanların yüksek olanlara göre gebelikte beslenme konusundaki bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0.05). Gebelikte beslenme konusundaki bilgi puanı ile ilk evlenme yaşı arasında pozitif yönde, orta düzeyde (r=0.254) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (p<0.05) bulunmuştur.

### Sonuç

Özellikle eğitim seviyesi daha düşük olan ve ev hanımı gruba yönelik yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesine gereksinim olduğu değerlendirilmiştir. Beslenme ile ilgili konularda, sürekli bilgi sağlanacak bir telefon hattının bulunması, poliklinik bekleme salonunda televizyon, video aracılığıyla bilgilendirme sağlanması, broşürler vasıtasıyla bilgilendirme yapılması yararlı olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Gebelikte beslenme, bilgi düzeyi, beslenme alışkanlığı

- Uzm. Dr. Türker TÜRKER, GATA - dokorturker@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Mustafa Alparslan BABAYİĞİT, GATA - musalpbaba@yahoo.com
- Doç. Dr. Süleyman CEYLAN, GATA - sceylan@gata.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Oktay SARI, GATA - osari@gata.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Haydar ERSOY, GATA - hersoy@gata.edu.tr
- Doç. Dr. Müfit Cemal YENEN, GATA - meyenen@gata.edu.tr

## KARS İLİ 1 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15 YAŞ ÜZERİ KADINLARIN BESİN TÜKETİM ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ

**G. KARATAY, B. ÖZTÜRK**

### Giriş ve Amaç

Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için tüm besin gruplarından yeterli ve dengeli miktarlarda almak çok önemlidir. Ancak günümüzde sosyo-kültürel ve ekonomik faktörlerden dolayı bireylerin temel gereksinimleri karşılamada dahi sorunları olduğunu görmektedir. Bu çalışma özellikle ekonomik ve coğrafik koşullarından dolayı tek tip beslenmenin yaygın olduğu düşünülen Kars İli 1 No'lu sağlık ocağını bölgesinde yaşayan 15 yaş üzeri kadınların besin tüketim alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

I. No'lu Sağlık Ocağına bağlı 5122 hane bulunmaktadır. Sayısı bilinen evrenden örneklem seçme formülü kullanılarak çalışma kapsamına 360 hane alınmıştır. I. No'lu Sağlık Ocağına bağlı 8 mahallenin tabaka ağırlıkları kullanılarak her mahalleden örnekleme alınacak hane sayısına ve sokaklara karar verilmiştir. Veriler, 15-30 Nisan tarihleri arasında yarı yapılandırılmış bir form aracılığıyla ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmış, daha sonra SPSS veri tabanında sayı ve yüzdelerle yardımcıyla değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin % 17.7'si günde 2 öğün beslenirken, sıklıkla atlanan öğünün öğlen yemeği olduğu; % 92'sinin günlük 1 tabak ve daha az tahıl tükettiği; % 88'inin et, yumurta ve kurubaklağil grubundan günlük bir porsiyon ve ya daha az tükettiği; % 24.3'ünün haftalık kırmızı et tüketiminin hiç olmadığı; %12.6'sının ise bu gruptan beş porsiyon ve üzerinde tükettiği; % 61.4'ünün balığı, haftada bir kez dahi tüketmediği; % 28'sinin günlük süt veya yoğurt gibi kalsiyum kaynaklarından hiç alamadığı, çoğunluğunun (% 55.4) ise bu gruptan 1 porsiyon tükettiği; yine sebze- meyve tüketiminde ciddi sorunlar olduğu görülmüştür. Bunun yanında ailelerin % 42.3'ünün aylık gelirden sigaraya ayırdıkları miktarın 100 YTL ve üzerinde olduğu görülmüştür.

### Sonuç

Çalışma bulgularından da görülebileceği gibi I. No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların en temel besin gruplarından dahi yetersiz miktarlarda aldıkları görülmüştür.

### Anahtar Kelimeler

Beslenme, besin grupları, sağlık

- Arş. Gör. Dr. Gülnaz Karatay, Kakkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu - gkaratay@gmail.com
- Arş. Gör. Barış Öztürk, Sağlık Yüksekokulu - dytbaris@gmail.com

**KAYSERİ'DEKİ ANNELERİN EMZİRME SÜRELERİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER****A. BORLU, D. HOROZ, E. BALCI****Giriş ve Amaç**

Anne sütü: bebek için en iyi besindir ve emzirmek bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın amacı, annelerin emzirme konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymak, emzirme süresi ortalamalarını, bu süreyi etkileyen faktörleri incelemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel, analitik tipteki bu çalışma, Kayseri'de Mayıs 2008'de yapılmıştır. Anket formu yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen kırsal ve kentsel iki sağlık ocağı bölgesinde, 12-36 aylık bebeği olan annelerin 180'ine ulaşılmış hedeflenmiş, 153'üne ulaşılmıştır (%85). Emzirme süresi bağımlı, yaşanılan yer, emzirme eğitimi, sigara, ek gıda bağımsız değişkenler olarak incelenmiştir. Veriler bilgisayar ortamında, istatistiksel yöntem olarak ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş,  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular**

Anne yaş ortalaması  $26.7 \pm 5.1$  yıldır. Annelerin çocuklarını sadece anne sütü ile besleme süresi ortalamaları kır ve kent tipi sağlık ocaklarında sırasıyla  $4.95 \pm 2.05$  ve  $4.39 \pm 2.37$  ay ( $p = 0.052$ ), toplam anne sütü ile besleme süresi ortalamaları  $15.49 \pm 7.31$  ve  $13.21 \pm 6.33$  aydır ( $p>0.05$ ). Annelerin %32.7'si doğumdan önce sağlık personelinden emzirme eğitimi almıştır. İlk emzirme zamanı sezaryen doğum yapanlarda normal doğum yapanlara göre daha geçtir ( $p<0.01$ ). Annelerin %70.6'sı altı aydan önce bebeklerine su vermiştir. En çok tercih edilen ilk ek gıda mamasıdır (%47.1). 6 aydan önce ek gıdaya geçen annelere gerekçesi sorulduğunda: % 38.2'si bebeklerin geceleri çok ağladığını, %25.0'i sütlerinin yetersiz olduğunu söylemişlerdir. Emzirmeyi bırakmanın en sık nedenleri: bebeğin kendiliğinden bırakması (%33.6), annenin sütünün gelmemesidir (%22.1). Anneler doğumdan sonra ne kadar süre içinde bebeğin emzirilmesi gerektiğine % 89.5, ne kadar süre sadece anne sütü verilmesi gerektiğine % 75.8, ek gıdalara ne zaman başlanması gerektiğine % 58.2, bebeğin ne kadar sıklıkla emzirilmesi gerektiğine % 43.8 doğru cevap vermişlerdir. %39.9'u anne sütünün saklanabilir olduğunu bilmektedir. Sigara içen anneler çocuklarını hem toplamda daha kısa süre emzirmektedirler ( $p<0.05$ ), hem de ek gıdaya daha erken başlamaktadırlar ( $p<0.05$ ). Ek gıdaya erken başlayan anneler bebeklerini daha kısa süre emzirmektedirler ( $p<0.01$ ).

**Sonuç**

Kadınlarımız bebeklerini emzirmekte ancak ek gıdaya erken geçmekte, suyu ek gıda olarak görmemektedir. Sigara emzirmeyi olumsuz etkilemektedir. Gebelik süresince gebelere verilen emzirme eğitimi yetersizdir.

**Anahtar Kelimeler**

Anne sütü, emzirme süresi, ek gıda, sağlık eğitimi

- Arş. Gör. Dr. Arda BORLU, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - ardaborlu@gmail.com
- Arş. Gör. Dr. Duygu HOROZ, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - duyguhoro@hotmail.com
- Uzm. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - ebalci@erciyes.edu.tr

**SAMSUN MERKEZ İLÇE İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE PREVALANSI****C. DÜNDAR, H. ÖZ, E. İ. UYAR, N. ÖZYURT****Giriş ve Amaç**

Buğün gelişmiş ve gelişmekte olan tüm dünya adölesanları en ciddi uzun dönemli sağlık riski olan obezite ile karşı karşıyadır. Çocukluk çağı obezitesi DSÖ tarafından "akut sağlık krizi" olarak tanımlanmaktadır. Çünkü obezite erişkin dönemde de devam etmekte ve hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi sorunlarla birliktelik göstermektedir. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunma ve tedavi giderek önem kazanmaktadır. Bir müdahale araştırmasına öncü olarak planlanan bu çalışmada Samsun Merkez İlköğretim okullarının 6, 7 ve 8. sınıf öğrencilerinde obezite prevalansının saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı nitelikteki araştırma 2008 yılı nisan ayında merkez ilçede bulunan 68 ilköğretim okulundan, çok aşamalı sistemlik örneklem yöntemiyle seçilen 2'si özel, toplam 20 okulda yürütülmüştür. Örnekleme çıkan 2477 öğrencinin boy ve kilo ölçümü sınıflarda yapılmış, anket formları ile fiziksel aktivite ve beslenme durumları sorgulanmıştır. Çocukların yaşa göre BKİ persantilleri Neyzi ve ark. tarafından hazırlanan Türk standartlarına göre değerlendirilmiş, beden kitle indeksi cinsiyet ve yaşına göre 5 persentilin altında olanlar zayıf; 5-84 persantil arasında olanlar normal, 85-94 persantil arasında olanlar fazla tartılı; 95 persantil ve üzerinde olanlar ise obez olarak tanımlanmıştır.

**Bulgular**

Öğrencilerin yaş ortalaması 12.9±0.9 yıl olup, toplam obezite prevalansı % 8.4 bulunmuştur. Yaşa göre BKİ değerlendirmesinde kızların % 11.5'i zayıf, % 67.1'i normal, % 11.3'ü fazla tartılı, % 10.1'i obez iken, erkeklerin % 6.7'sinin zayıf, % 78.8'inin normal, % 7.8'inin fazla tartılı ve % 6.7'sinin obez olduğu ve her iki cins arasında BKİ istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (X<sup>2</sup>=44.4; p<0.001). Özel okulda öğrenim gören öğrencilerin % 13.1'i, devlet okullarında öğrenim gören öğrencilerin % 8.1'inde obezite saptanmış olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (X<sup>2</sup>=8.3; p<0.05). Çocukların % 70.4'ü düzenli kahvaltı ederken, düzenli öğle yemeği yiyenlerin oranı % 63.1'e düşmekte, akşam yemeğinde ise % 83.5'e yükselmektedir. Düzenli kahvaltı etmeyen öğrencilerde obezite sıklığı (% 10.5), düzenli kahvaltı edenlere (% 7.4) göre anlamlı yüksek bulunmuştur (X<sup>2</sup>=9.1; p<0.05).

**Sonuç**

Obezite prevalansının yüksek bulunduğu gruplar, kız öğrenciler, düzenli kahvaltı etmeyenler ve özel okulda öğrenim görenlerdir.

**Anahtar Kelimeler**

İlköğretim, öğrenci, obezite, beslenme

- Prof. Dr. CİHAD DÜNDAR. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI AD - cdundar@omu.edu.tr
- Dr. HATİCE ÖZ. SAMSUN SAğLIK MÜDÜRLÜğÜ
- Dr. EYLEM İŞIK UYAR. SAMSUN SAğLIK MÜDÜRLÜğÜ
- NEFİSE ÖZYURT. SAMSUN SAğLIK MÜDÜRLÜğÜ

**TIP FAKÜLTESİ ÖğRENCİLERİNİN BESLENME BİÇİMİ ve FAST FOOD TÜKETİMİ****O. GÜNAY, A.E. GÜNAY****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme biçimi, fast food tüketimi sıklığı ve fast food tüketimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2007 - 2008 eğitim yılında yapıldı. Fakültenin birinci ve üçüncü sınıflarında okumakta olan öğrencilerin tamamının araştırma kapsamına alınması planlandı. Öğrenciler sınıflarında ziyaret edilerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 47 sorudan oluşan anket formu dağıtıldı. Anket formları araştırmacıların gözetiminde doldurulduktan sonra geri toplandı. İki sınıfta kayıtlı toplam 303 öğrencinin 214'ü ile (%71) ilgili veriler değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizi için Ki kare testi kullanıldı.

**Bulgular**

Araştırma grubundaki öğrencilerin %23.3'ü günde üç öğünden az, % 60'ı üç öğün, % 16.7'si ise üç öğünden fazla yemek yediğini belirtmiştir. En sık atlanan öğün sabah kahvaltısıdır. Öğrencilerin çoğunluğu sabah ve akşam yemeklerini evde, öğle yemeklerini ise üniversite yemekhanesinde yemektedir. Öğrencilerin % 44.2'si etli, % 28.4'ü sebze, % 23.7'si ise unlu yemekleri daha fazla tercih etmektedir. Araştırma grubunun % 58.6'sı fast food türü yiyeceklerin daha çok üniversite öğrencilerine, %21.4'ü ise lise öğrencilerine hitap ettiğini düşünmektedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu, fast food türü yiyeceklerin insan sağlığına ve ulusal mutfak kültürüne zararlı olduğunu düşünmektedir. Buna karşılık, %79.1'i fast food tükettiğini, %24.7'si ise her gün en az bir kez fast food tükettiğini belirtmiştir. Fast food tüketiminin en önemli nedeni olarak, pratik oluşu gösterilmiştir. En çok tercih edilen fast food yiyecek türü ekmek içi döner, en fazla tercih edilen içecek ise kola vb gazlı içeceklerdir. Fast food tüketimi, birinci sınıftaki öğrencilerde üçüncü sınıflardan daha sıktır ( $P<0.05$ ). Öğrencilerin cinsiyeti, kaldığı yer, ailesinin yaşadığı yer ve baba ve annesinin öğrenim düzeyinin fast food tüketim sıklığına önemli bir etkisi bulunmamıştır ( $P>0.05$ ).

**Sonuç**

Tıp Fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğu fast food tüketiminin zararlı olduğunu düşünmekte, buna karşılık, daha pratik olduğu gerekçesiyle, büyük çoğunluğu fast food türü yiyecekleri sıklıkla tüketmektedir. Birinci sınıftaki öğrencilerde fast food tüketimi üçüncü sınıftakilerden daha yaygındır.

**Anahtar Kelimeler**

Tıp fakültesi, öğrenci, beslenme, fast food.

- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gunayos@erciyes.du.tr
- Ali Eray GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

## TRABZON İLİNDE BEBEK DOSTU İLÇE UYGULAMASININ ANNE SÜTÜ İLE BESLENME DURUMUNA ETKİSİ

**G. CAN, S. KAZAZ, M. TOPBAŞ, S. MUHÇU, E. ÇAN, A. YAVUZYILMAZ, Ş. EMİROĞLU, M. ÜNAL, H. KAYACIK, Ş. SÜN BÜL**

### Giriş ve Amaç

Anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı ve Bebek Dostu İl ve İlçe uygulamaları gerçekleştirilmektedir.

Bu çalışmada bebek dostu il uygulaması kapsamında çalışmaların yürütüldüğü ilimizde bebek dostu olan ve henüz olmayan ilçelerde sağlık personeli ve annelerin anne sütü ve ek gıdaya geçiş konularındaki durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma Ekim - Aralık 2007 tarihleri arasında bebek dostu Araklı, Arsin, Çarşıbaşı, Düzköy, Köprübaşı, Of Merkez, Şalpaazarı ve Tonya ilçeleri ile henüz bebek dostu olmayan Çaykara, Dernekpazarı, Hayrat, Maçka ve Of Kırsal kesiminde gerçekleştirilmiştir. Bu ilçelerde; sağlık personelinin ve annelerden anket yöntemi ile veri toplanmıştır.

Araştırmaya 288 sağlık personeli, 552 anne katılmıştır. Sağlık personeli için hazırlanan anket formunda 25 soru eğitim programındaki bilgiler doğrultusundadır ve doğru cevaplar 1 puan olarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %59.4'ü (n=171) bebek dostu ilçelerden katılmıştı. Bebek dostu ilçelerdeki personelin puan ortalaması  $20.9 \pm 2.7$ , diğerlerinin ise  $17.8 \pm 3.2$  idi ( $p < 0.0001$ ). Ayrıca bebek dostu ilçelerdeki personelin %87.7'si (n=150) diğerlerinin %52.1'i (n=61) kendini bu konuda yeterli hissetmekteydi ( $p < 0.0001$ ). Annelere yardımcı olma konusunda bebek dostu ilçelerdeki personelin %84.2'si (n=144) yeterli olduklarını düşünürken, diğerlerinin %51.3'ü (n=60) kendilerini yeterli görmekteydi ( $p < 0.0001$ ).

Bebek dostu ilçelerdeki annelerin %75.1'i (n=320) olmayan ilçelerdeki annelerin ise %53.8'ine (n=64) gebelik süresince anne sütü ile ilgili eğitim verildiği belirtildi ( $p < 0.0001$ ). Doğum sonu dönemde bilgilendirme ile ilgili bebek dostu ilçelerde annelerin %78.2'si (n=334) bebek dostu olmayan ilçelerde ise %57.1'i (n=68) eğitim aldığını belirtti ( $p < 0.0001$ ). Bebek dostu olan ve olmayan ilçelerdeki annelerin ilk emzirmeye başlama süresi ( $P=0.670$ ), emzirme süresi ( $P=0.649$ ), tek başına anne sütü alma süresi ( $P=0.154$ ), ek gıdaya başlama zamanı ( $P=0.072$ ) ve anne sütünden kesme zamanı ( $P=0.969$ ) yönünden fark bulunamamıştır. Ek gıda ( $p=0.039$ ), mama ( $p=0.046$ ) ve inek sütü ( $p=0.008$ ) verilme zamanının bebek dostu olmayan ilçelerde anlamlı olarak daha erken olduğu dikkat çekmektedir.

### Sonuç

İl düzeyinde yürütülen çalışmaların personel düzeyinde amacına ulaşmış olduğu topluma yansımalarının ise henüz istenilen düzeye ulaşmamış olduğu söylenebilir.

### Anahtar Kelimeler

Anne sütü, bebek dostu il, bebek dostu ilçe

- Prof. Dr. GAMZE ÇAN, KTU TIP FAKÜLTYESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - gcanktu@yahoo.com
- Dr. SİNAN KAZAZ, TRABZON SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- Doç. Dr. MURAT TOPBAŞ, KTU TIP FAKÜLTYESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Dr. SELDA MUHÇU, AÇSAP ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ, TRABZON
- Arş. Gör. Dr. EMİNE ÇAN, KTU TIP FAKÜLTYESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. Dr. ASUMAN YAVUZYILMAZ, KTU TIP FAKÜLTYESİ HALK SAĞLIĞI A.D.

**ULUSAL BİYOGÜVENLİK VE HALK SAğLIğI; GDO'LAR CANAVAR MI?****Bilge TOPUKSAK, Gülümser KUBLAY****Giriş ve Amaç**

Ulusal Biyogüvenlik açısından Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO) Türkiye gıda sektöründe ne boyutta yer almaktadır tam olarak bilinmemektedir. GDO'ların bitki hastalık dirençlerini artırdığı ve yararlı olduğu savunulurken GDO'ların insan sağlığına olası etkileri tam olarak ortaya konamamıştır. Türkiye'de halkın GDO'lu gıdaları ne oranda tükettiği hakkında veri bulunmamaktadır. GDO'lu ürünleri üreticiler maliyetleri düşürmek amacıyla üretmek istemektedirler. Çeşitli STK'lar; GDO'ları topluma canavar olarak göstermekte, üniversiteler ise GDO'lara temkinli olarak yaklaşmaktadır. Çalışmamızda üreticiler, tüketiciler ve halk sağlığı açısından GDO'ların durumu ortaya konmaya çalışılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmada mevcut literatür taranmış GDO'ların insan sağlığına olası etkileri incelenmiştir. Veri toplamada Türkiye ve Uluslar arası Sivil Toplum Kuruluşları, Tüketici Dernekleri, Üniversiteler, Meslek Odaları ve Üretici Organizasyonlarının görüşleri web sitelerinden e-posta yazışmaları ve mülakat yöntemi ile toplanmıştır.

**Bulgular**

Genetik yapısı değiştirilmiş gıda ürünleri ile mısır, soya ve bunlardan üretilen yağlar ve küspe gibi işlenmiş ve işlenmemiş ürünler ülkemize girmektedir. Bu ürünlerin %80 dolayındaki bölümü ABD'den ithal edilmektedir.

Çalışmada GDO'ların Ulusal Biyogüvenlik açısından gıda ürünleri üzerindeki çeşitli etkileri ortaya konmuştur. İnsanlar üzerindeki etkileri incelendiğinde özellikle alerjik reaksiyonlar ve çocuklarda besin alerjisine bağlı anafilaktik şok ve ölüme yol açtığına dair çalışmalar literatürde yer almaktadır. Çalışmada GDO'ların yarattığı toksik etkiler (triptofan felaketi, glifosat) ve kansere sebebiyet vermesi yanında, antibiyotiklere dirençli genlerin yol açabileceği sorunlar ele alınmıştır. Yerli ve yabancı çeşitli STK ve Tıp Birliklerinin yorumları ile GDO'lara bakış açıları ortaya konmuştur.

**Sonuç**

Ulusal Biyogüvenlik açısından GDO'lar mevcut durumu ile tam bir bilinmezlik, bilimsel veri kirliliği ve toplumun bilinçsiz medya ile yönlendirilmesiyle tüketicinin gözünde bir canavara dönmüş durumdadır. Ülkeye giren gıda ürünlerinde; GDO içermediğine dair taahhüt alınmalı ve sınırlarda kurulacak laboratuvarlarda analiz edildikten sonra ithaline izin verilmelidir. Bu ürünlerin denetimsiz kullanımı toplum sağlığı açısından büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Ayrıca toplumun bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

GDO, Halk Sağlığı, Biyogüvenlik, Gıda Ürünleri

• Arş. Gör. BİLGE TOPUKSAK, HACETTEPE Ü., HALK SAğLIğI HEMşİRELİğİ ANA BİLİM DALI - bilge07@hacettepe.edu.tr

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME TUTUM DAVRANIŞ VE FİZİK AKTİVİTE DÜZEYLERİ

**N. YESİLDAL, S. Ç. DAĞLI, A. ALTINÖZ, A. ACAR, P. BAŞARANEL, F. ACAR, F. BEKTAŞ, H.DOĞAN, M. ÇIKMAN**

### Giriş ve Amaç

Sağlıklı beslenme ve fizik aktivite sağlıklı yaşam biçiminin en önemli bileşenlerindedir. Ailelerinden ilk defa ayrılan ve buna bağlı beslenme alışkanlıklarında değişiklikler olan üniversite öğrencileri bu dönemde daha fazla "fast food" yeme alışkanlığı edinmektedir. Ayrıca fiziksel aktiviteleri azalmaktadır. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları hakkında tutum ve davranışlarını ve fizik aktivite düzeylerini saptamak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel bir araştırma olup Düzce Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 311 öğrencinin tamamı araştırma grubuna alınmış, evrenden ayrıca örneklem seçimi yapılmamıştır. Araştırma Ocak-Şubat 2008'de yürütülmüş, on kişi üzerinde ön deneme yapılmıştır. Veriler gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni: BMI, bağımsız değişkenleri: yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve baba mesleği, alkol alışkanlığı, kaldığı yer, öğün atlama, fizik aktivitedir. Verilerin analizi bir istatistik paket programı ile yapılmış, verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılımı hızı %73.6'dır. Grubun yaş ortalaması  $21 \pm 2.12$ (SE)'dir. BMI ortalamaları kızlarda  $21.6 \pm 0.23$  (ortalama  $\pm$ SE), erkeklerde  $23.8 \pm 0.29$ 'dur ve farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.0001$ ). Kızların %84'ünün, erkeklerin %70,2'sinin BMI' i normaldir. Erkeklerin %25.5'i hafif şişman, %4'ü şişman iken kızların %5.9'u hafif şişman, %0.8'i şişmandır. Grubun %25.1'i alkol tüketmektedir. Cinsiyete göre kahvaltı atlama durumları karşılaştırıldığında kızlarda hiç atlamayan %49.6 iken erkeklerde %31.2 olup farklılık anlamlıdır ( $p=0.037$ ). BMI' i normal ve hafif şişman olanlar kaldıkları yerlere göre karşılaştırıldığında aralarında farklılık saptanmamıştır ( $p=0.16$ ).

Vitamin hapı kullanımı kızlarda %17.5 iken erkeklerde %4.2dir ve farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p=0.002$ ).

Tıp fakültesi eğitim programında beslenme dersinin yer almasını onaylayanlar grubun %71.1'idir. Beslenme biçiminden memnuniyet açısından kızlarla erkekler arasında fark saptanmamıştır ( $p=0.72$ ).

Kız öğrencilerde diyet yapan %42.4, erkeklerde %18.8 olup farklılık anlamlıdır ( $p < 0.0001$ ).

Grubun %73.8'i düzenli bir fizik aktivite yapmadığını belirtmiştir. Nedenleri sorulduğunda %49.6'sı fizik imkan yetersizliğini, %27.7'si ihtiyaç duymadığını, %19.1'i zaman yetersizliğini neden olarak belirtmiştir.

### Sonuç

Tıp fakültesi eğitim programında yer alan beslenme derslerinin tüm yıllara yayılarak ve içeriğinin yeniden gözden geçirilerek düzenlenmesi ve öğrencilerin yeterli fizik aktivitede bulunabilmesi için bilinçlendirilmesi ve kampüste bulunan spor salonunun aktif olarak kullanılması önerilmiştir.

### Anahtar Kelimeler

Üniversite öğrencileri, beslenme, BMI, fizik aktivite.

- Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL, Düzce Ü. Tıp Fak. - nryesildal@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Sinemis ÇETİN DAĞLI, Düzce Ü. Tıp Fak. - sinem.scetin@mynet.com
- Asiye ALTINÖZ, Düzce Ü. Tıp Fak.
- Asiye ACAR, Düzce Ü. Tıp Fak.
- Pelin BAŞARANEL, Düzce Ü. Tıp Fak.
- Fahrettin ACAR, Düzce Ü. Tıp Fak.



## YETİŞKİN BİREYLER TARAFINDAN BİLDİRİLEN BOY VE AĞIRLIK DEĞERLERİNİN GEÇERLİLİĞİ

M. AYKUT, O. GÜNAY, D. HOROZ, A. BORLU, E. BALCI, Z. ORAK

### Giriş ve Amaç

Bu araştırmanın amacı, erişkin bireylerin kendi boy ve ağırlık değerlerinin ne kadar farkında olduklarını ve ifade ettikleri değerlerin gerçeğe ne kadar yakın olduğunu değerlendirmektir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma: Haziran 2008'de, Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 11 sağlık ocağında yapılmıştır. Sağlık ocaklarına başvuran hastalardan kronik hastalar ve gebeler hariç tutularak 18 yaş ve üzeri 664 erkek ve 659 kadın olmak üzere toplam 1320 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın amacına uygun hazırlanmış 30 soru içeren anket formu intern doktorlar tarafından yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur. Boy ölçümleri mezru ile, ağırlık ölçümleri dijital yer baskülü ile yöntemine uygun olarak yapılmıştır. Beden kitle indeksi değerleri DSÖ'nün öngördüğü şekilde 18.5 ve altı zayıf, 18.5-24.9 arası normal, 25-29.9 arası hafif şişman, 30 ve üzeri şişman olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler bilgisayarda değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde student t testi, tek yönlü anova, ki-kare testi ve kappa analizi uygulanmıştır.

### Bulgular

Ölçülen ve ifade edilen boy ve ağırlık değerlerinden elde edilen BKİ grupları arasında 0.75 (% 75) (iyi derecede) uyum saptandı. Ölçülen boy ve ağırlık değerlerinden hesaplanan BKİ'ye göre değerlendirme ile kişilerin kendi ağırlıklarını değerlendirmeleri (zayıf, normal, hafif şişman, şişman) arasında 0.37 (% 37) (zayıf derecede) uyum saptandı. Yaş ilerledikçe boy ve ağırlık tahminindeki mutlak hatalar artmakta, öğrenim düzeyi yükseldikçe azalmaktadır. Seyrek tartılanlarda ağırlık tahmini hatası daha fazladır. Her gün tartılanlarla haftada bir tartılanlar arasında ve ayda bir tartılanlarla ayda birden seyrek tartılanlar arasında fark yoktur. Haftada bir tartılmak ağırlığı doğru tahmin etmek için yeterlidir. Son ölçümlerin üzerinden geçen zaman arttıkça boy ve ağırlık tahminlerindeki hatalar artmaktadır. Ağırlık tahmini hatası evde tartılanlarda en az, sokakta tartılanlarda en fazladır. Boy ölçütme yerinin önemli bir etkisi bulunamamıştır. İl merkezinde yaşayanlarda ağırlık tahminindeki hata diğer bölgelerden daha azken boy tahmininde fark yoktur.

### Sonuç

Çeşitli faktörlerden etkilenmekle birlikte kişilerin boy ve ağırlıklarına dair tahminleri, ölçülen değerleriyle iyi derecede uyumludur. Ölçüm olanaklarının olmadığı durumlarda bireylerin ifade ettikleri boy ve ağırlık değerlerinden BKİ hesaplanarak kullanılabilir.

### Anahtar Kelimeler

İfade edilen boy, ifade edilen ağırlık, geçerlilik, yetişkin

- Prof. Dr. Mualla AYKUT, Erciyes Üniversitesi - maykut@erciyes.edu.tr
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi - gunayos@erciyes.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Duygu HOROZ, Erciyes Üniversitesi - dhoroz@erciyes.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Arda BORLU, Erciyes Üniversitesi - ardab@erciyes.edu.tr
- Uzm. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi - ebaleci@erciyes.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Zekeriya ORAK, Erciyes Üniversitesi - zorak@erciyes.edu.tr

**2001-2006 YILLARI ARASINDA ŞANLIURFA MERKEZ VEREM SAVAŞ DISPANSERİNDE TAKİP EDİLEN TÜBERKÜLOZ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****Ş. KOÇAKOĞLU, Z. ŞİMSEK, İ. H. İNAKÇI****Giriş ve Amaç**

Önlenilebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan tüberkülozun, dünya nüfusunun yaklaşık üçte birini enfekte ettiği, özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocuklarda giderek arttığı bildirilmektedir. Bu çalışmada Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanseri'nde 2001-2006 yılları arasında izlenen tüberküloz olgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Geriye dönük kayıt inceleme şeklinde yürütülen bu çalışmada, Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanserinde 2001-2006 yıllarında tedaviye alınan 1287 hastadan 1103 hastanın dosya bilgisine ulaşılmıştır (%85.7). Çalışmada 27 sorudan oluşan, hastaların sosyo-demografik bilgileri, tanı ve tedaviye ilişkin soruların yer aldığı bilgi derleme formu kullanılmıştır. Analizlerde iki sürekli değişken arasında farkı test etmede t testi, iki ve daha fazla kesikli değişken arasında farkı test etmede ki-kare analizi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Olguların %59.7'si erkek, yaş ortalaması ise 27.9'dur. Olguların %23.9'unu 15 yaş altı, %70.6'sı alt sosyoekonomik düzeyde yaşamaktadır. Olguların %38.8'inin temas öyküsü vardır ve ortalama hane içi temaslı kişi sayısı 5.6'dır. Akciğer dışı tüberküloz (ADTB) oranı %28.8'dir. Kadınlarda ADTB, erkeklerde Akciğer tüberkülozu (AC TB) anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Yayma pozitif olgular için kür oranı %21.8, tedaviyi tamamlama oranı ise %59.5'dir. Olguların %2.6'sı ARB pozitifliği ile tedaviyi terk etmiştir. Hastaların %8.3'ünde eşlik eden hastalık olduğu, %41.5'ine ise diyabetin eşlik ettiği saptanmıştır. 2001-2006 yılları arasında yıllara göre tedavi başarısızlığı %17.3-%3.3 arasında değişmekte olup, tedavi başarısızlığında anlamlı bir düşme izlenmiştir. Tedavi başarısızlığı ileri yaşta, okula gitmemişlerde, işsizlerde ve mevsimlik işçilerde, tedaviye ara verenlerde ve ilaç yan etkisi olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Cinsiyet, eşlik eden hastalık durumu, tutulan organ ve BCG skarı olup olmamasıyla tedavi başarısızlığı arasında ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

**Sonuç**

Çalışmadan elde edilen bulgular, Şanlıurfa'da Tüberkülozun etkin kontrolü, tanı ve tedavi hizmetlerinin sürekliliği için, hizmet sunum sisteminin ilin özelliklerine uygun olarak düzenlenmesini, alt yapının iyileştirilmesini, sağlık çalışanlarının ve toplumun bilinçlendirilmesine yönelik sağlık eğitimi programlarının yapılmasını gerektirmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Tüberküloz, epidemiyoloji, tedavi başarısızlığı, Şanlıurfa

- Uzm. Dr. Şenay Koçakoğlu, İspir Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Erzurum
- Doç. Dr. Zeynep Şimşek, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa
- İbrahim Halil İnakçı, Sağlık Müdürlüğü

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMAMA NEDENLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Muzaffer ESKİOCAK, Seval ALKOY, Hasan DEDELER, Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Ufuk BERBEROĞLU, Faruk YORULMAZ

### Giriş ve Amaç

Edirne, 01.12.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılama durumunu saptamak, hizmetin ulaşmasında sorun yaşanan bölgeleri ve aşılama nedenlerini saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Edirne ilini temsil eden bir örnekleme. Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri bu çocukların anneleri ile yüz yüze görüşme yoluyla 16-18 Şubat 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu (%), güvenilirlik düzeyi (%95, örneklem büyüklüğü 400, örneklemin seçildiği hedef nüfus 375 500, toplam lot sayısı 30, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı)1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri Trakya Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri tarafından toplanmıştır. Araştırma sırasında çocukların aşılama durumu, içinde buldukları aya veya yaşa göre değerlendirilmiş ve "yaşına göre aşı" deyimini ile ifade edilmiştir. Henüz aşılama zamanı gelmediği için aşılama olmamış olanlar ayrıca belirtilmiştir. "Aşılama nedenleri", araştırma sırasında aşısız veya eksik aşı çocukların annelerine "çocuğun neden tam aşı olmadığı" sorularak öğrenilmiştir.

### Bulgular

Tüm aşılar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %75,1'inin araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %24,7'sinin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI, % 0,2'inin ise AŞISIZ olduğu saptanmıştır.

Aşı zamanı geldiği halde, bu çocuklardan üçünün BCG, DBT1 ve DBT2; beşinin DBT3; aşısı ile aşılama yapılmadığı saptanmıştır. Aşı zamanı geldiği halde aşılama olmamış çocuk sayısı: OPV1 için 10, OPV2 için 7 ve OPV3 için, HBA1 için 9, HBA2 için 4 ve HBA3 için 11'dir. HIB1 için 25, HIB2 için 24 ve HIB3 için 42'dir. Yaşına veya aya göre aşısız çocuk sayısı HIB için diğer aşılarla göre belirgin bir biçimde yüksek; diğer aşılar için ise son derece azdır. HIB aşısı, 2007 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamına alındığı için, 2006 yılında doğan çocuklar, bu aşıdan genellikle yoksun kalmıştır, diğer aşılama nedenlerine bakıldığında, ebeveynin aşının gerekliliğinden, bir sonraki dozun gerekliliğinden veya aşı yer ve zamanından habersiz olması öne çıkmaktadır. Ayrıca, aşı zamanının uygunsuzluğu, aşı olmadı için aşılama ve eve gelen/ aşıya çağırmanın olmaması sağlık personelinin sorumlu olduğu aşılama nedenleri arasında yer almaktadır. "Aşıya Devamsızlık Oranları"nın DBT için (DBT1-DBT3): %0,2 ; OPA için (OPA1-OPA3): %2,0, HBA için (HBA1-HBA3):%0,2 ve HIB için (HIB1-HIB3) %3,5 olarak bulunmuştur. "Genel Aşıya Devamsızlık Oranının (BCG-Kızamık)" ise %0,5 olduğu saptanmıştır.

### Sonuç

Aile Hekimliği pilot uygulamasında evde bebek çocuk izlemelerinin yapılmıyor oluşu, aşılama konusunda aileye eğitimi zorlaştırmakta ve aşı zamanı gelen çocuğun aşısız kalması sonucunu doğurabilmektedir. Aile doktorluğu pilot uygulamasının sonuçlarını izlemek amacıyla aynı yöntem kullanılarak tekrarlanacak araştırmalar, bu bulguların hangi yönde değiştiğini gösterecektir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aşılama Nedenleri, Aile Hekimliği, Edirne

- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - dreskiocak@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Hasan DEDELER, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Ufu BERBEROĞLU, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Faruk YORULMAZ, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANMAMA NEDENLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Aslıhan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK**

### Giriş ve Amaç

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir.

Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılama durumunu saptamak, hizmetin ulaşmasında sorun yaşanan bölgeleri ve aşılama nedenlerini saptamak amacıyla bu araştırma planlanmıştır ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak, 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından toplanmıştır.

Araştırma sırasında çocukların aşılama durumu içinde buldukları aya veya yaşa göre değerlendirilmiş ve "yaşına göre aşı" deyimi ile ifade edilmiştir. Henüz aşılama zamanı gelmediği için aşılama olmamış olanlar ayrıca belirtilmiştir.

### Bulgular

Tüm aşılar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %88,9'unun araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %11,1'inin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI olduğu ve hiç AŞISIZ çocuk olmadığı saptanmıştır.

Aşı zamanı geldiği halde, bu çocuklardan "iki"sinin BCG, DBT1, DBT2, OPV1 ve OPV2; "dokuz"unun DBT3; "onbir"inin OPV aşısı ile aşılama olmadığı saptanmıştır. Aşı zamanı geldiği halde aşılama olmamış çocuk sayısı, HBA için en düşüktür: HBA1 ve HBA2 aşısı ile aşılama olmamış çocuk yoktur. HBA3 ve Kızamık/KKK ile aşılama olmamış çocuk sayısı ise "üç"dür. Aşı zamanı geldiği halde aşılama olmamış en çok çocuk HIB aşısı için saptanmıştır. Bu sayı HIB1'de 60, HIB2'de 76 ve HIB3'de 84'dür.

Yaşına veya ayına göre aşısız çocuk sayısı HIB'de diğer aşılarla göre belirgin bir biçimde yüksek; diğer aşılarla ise son derece azdır. HIB aşısı, 2007 yılında Genişletilmiş Bağışıklama programı (GBP) kapsamına alındığı için, 2006 yılında doğan çocuklar (35 çocuk), bu aşılama yoksun kalmıştır. Diğer aşılama nedenlerine bakıldığında, ebeveynin meşgul olması, aşı zamanının uygunsuzluğu, uzun bekleme süresi, eve gelen/ aşıya çağırmanın olmaması, interval kısalığı ve aşı yokluğu öne çıkmaktadır. "Aşıya Devamsızlık Oranları"nın DBT için (DBT1-DBT3): %2,1 ; OPA için (OPA1-OPA3): %3,3, HBA için (HBA1-HBA3):%0,9 ve HIB için (HIB1-HIB3) %4,3 olarak bulunmuştur. "Genel Aşıya Devamsızlık Oranının (BCG-Kızamık)" ise % -2,2 olduğu saptanmıştır.

### Sonuç

Aile doktorluğu pilot uygulamasının sonuçlarını izlemek amacıyla aynı yöntem kullanılarak tekrarlanacak araştırmalar, bu bulguların hangi yönde değişmekte olduğunu gösterecektir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aşılama Nedenleri, Aile hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Aslıhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AŞILAMA HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ (LKT) ve COĞRAFI BİLGİ SİSTEMLERİ (CBS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Filiz KURTCEBE, Ahmet Özgür DOĞRU, Aslıhan ÇATIKER, Necla ULUĞTEKİN, Muzaffer ESKİOCAK**

### Giriş ve Amaç

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılanma durumunu ve lotlara göre aşılama hizmet kalitesinin durumunu saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6. güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından toplanmıştır.

Bu araştırmadaki CBS kullanımı, İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi Jeodezi ve Fotogrametri Mühendisliği Bölümü tarafından ArcGIS yazılımı ile gerçekleştirilmiştir.

### Bulgular

Tüm aşılar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %88,9'unun araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %11,1'inin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI olduğu ve hiç AŞISIZ çocuk olmadığı saptanmıştır.

Lotların her birindeki aşı ve aşısız çocuk sayıları ile, aşılama hizmetlerinin istenen kalitede veya istenen düzeyin altında olduğu lotlar (yani karar değeri olan 1'in üzerinde aşısız çocuğun bulunduğu lotlar) belirlenmiştir. Buna göre, BCG, DBT1 ve 2, OPA1 ve 2, HBA1-2 ve 3 aşıları için aşılama hizmeti istenen kalitededir. Yaşı geldiği halde DBT3 ve Kızanuk/KKK aşısı alınmış birden fazla çocuğun bulunduğu lot sayısı "bir" iken: OPA3'de lotların "iki"sinde birden fazla aşısız çocuk vardır. Aşılama hizmet kalitesinin en kötü olduğu HIB aşısıdır. HIB'de 27 lotta, HIB2'de 28 lotta ve HIB3'de 30 lotta aşılama hizmeti istenen düzeyin altındadır. En üst düzeyde hizmet kalitesine BCG ve Hepatit aşılarında, en alt düzeyde hizmet kalitesine ise, HIB aşısında ulaşılmıştır.

### Sonuç

Tüm aşılar dikkate alınarak, araştırma sırasında ve bir yaşından önce, her bir lottaki tam aşı olma durumuna göre, aşılama hizmetlerinin kalitesi belirlenmiş ve her bir aşı için ayrı haritalarla gösterilmiştir. Ancak haritalar yardımı ile sunulabilen bulgulara, özet kapsamının kısıtlılığı nedeniyle yer verilememiştir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aşılama Hizmet Kalitesi, Coğrafi Bilgi Sistemi, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Filiz KURTCEBE, İTÜ, İnşaat Fakültesi, Jeodezi ve Fotogrametri Bölümü, Kartografya A.D.
- Arş. Gör. A. Özgür DOĞRU, İTÜ, İnşaat Fakültesi, Jeodezi ve Fotogrametri Bölümü, Kartografya A.D.
- Arş. Gör. Aslıhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Prof. Dr. Necla ULUĞTEKİN, İTÜ, İnşaat Fakültesi, Jeodezi ve Fotogrametri Bölümü, Kartografya A.D. - ulugtek@yahoo.com
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, EDİRNE'DE AŞILAMA HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ (LKT) ve COĞRAFİ BİLGİ SİSTEMLERİ (CBS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Filiz KURTCEBE, Ahmet Özgür DOĞRU, Necla ULUĞTEKİN, Muzaffer ESKİOCAK**

### Giriş ve Amaç

Edirne. 01.12.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılanma durumu ve lotlara göre aşılama hizmet kalitesinin durumunu saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Edirne ilini temsil eden bir örneklemede. Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 16-18 Şubat 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 5, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 400, örneklemin seçildiği hedef nüfus 375 500, toplam lot sayısı 50, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri Trakya Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri tarafından toplanmıştır.

Bu araştırmadaki CBS kullanımını, İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi Jeodezi ve Fotogrametri Mühendisliği Bölümü tarafından ArcGIS yazılımı ile gerçekleştirilmiştir.

### Bulgular

Tüm aşilar için değerlendirildiğinde, araştırma kapsamında yer alan çocukların %75,1'inin araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %24,7'sinin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI, % 0,2'inin ise AŞISIZ olduğu saptanmıştır.

Lotların her birindeki aşı ve aşısız çocuk sayıları ile, aşılama hizmetlerinin istenen kalitede veya istenen düzeyin altında olduğu lotlar (yani karar değeri olan 1'in üzerinde aşısız çocuğun bulunduğu lotlar) belirlenmiştir. Buna göre: Kızamık/KKK yaşı geldiği halde DBT3 ve OPA1-2 ve 3 aşısı almamış birden fazla çocuğun bulunduğu lot sayısı "bir" iken; HBA1 ve 3'de lotların "üç"ünde, HIB1 ve 2'de lotların "sekiz"inde, HIB3'de ise lotların "onbir"inde aşılama hizmetinin, istenen düzeyin altında kaldığı görülmüştür.

En üst düzeyde hizmet kalitesine BCG ve Kızamık/KKK aşılarında ulaşılmış, bu aşılarda lotların tümünde hizmet istenen kalitededir. En alt düzeyde hizmet ise, lotların "onbir"inde birden fazla aşısız çocuğun olduğu HIB aşısı 3. dozunda tespit edilmiştir.

Tüm aşilar dikkate alınarak, araştırma sırasında ve bir yaşından önce, her bir lottaki tam aşı olma durumuna göre, aşılama hizmetlerinin kalitesi belirlenmiş; ve her bir aşı için ayrı haritalarla gösterilmiştir.

### Sonuç

Ancak haritalar yardımı ile sunulabilen bulgulara, özet kapsamının kısıtlılığı nedeniyle yer verilememiştir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aşılama Hizmet Kalitesi, Coğrafi Bilgi Sistemi, Edirne

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Filiz KURTCEBE, İTÜ İnşaat Fakültesi Jeodezi ve Fotogrametri Bölümü Kartografya AD - ulugtek@itu.edu.tr
- Arş. Gör. A. Özgür DOĞRU, İTÜ İnşaat Fakültesi Jeodezi ve Fotogrametri Bölümü Kartografya AD
- Prof. Dr. Necla ULUĞTEKİN, İTÜ İnşaat Fakültesi Jeodezi ve Fotogrametri Bölümü Kartografya AD
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA,BOLU'DA 0-23 AY ÇOCUKLARIN AŞILANDIKLARI YERLERİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Seval ALKOY, Ashhan ÇATIKER, Aysu KIYAN, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK**

**Giriş ve Amaç**

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın aşılama hizmetlerine etkisini izlemek üzere aşılanma durumunu ve aşılama hizmetini aldıkları yerleri belirlemek ve hizmete ulaşmada sorun yaşanan bölgeleri saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem**

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme. Lot Kalite Tekniği kullanılarak 0-23 ay çocuklar üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam veri sayısı 38, minimum lot örnekleme büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı)1 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından toplanmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamında yer alan çocukların %88,9'unun araştırma sırasında YAŞINA GÖRE TAM AŞILI, %11,1'inin YAŞINA GÖRE EKSİK AŞILI olduğu ve hiç AŞISIZ çocuk olmadığı saptanmıştır.

Bu çocuklara aşıların uygulandığı yerler incelendiğinde; BCG aşısının en yüksek oranda (%63,0) sağlık ocakları (SO) veya Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve %29,3 oranı ile ikinci sırada Verem Savaş Dispanseri'de uygulandığı yere görülmüştür. DBT , OPA, HIB ve Kızamık/KKK aşılarının uygulandığı yerler arasında SO/ASM'lerinin oranı %95'in üzerine çıkmaktadır. Hepatit B aşısının ilk dozu doğumdan sonra uygulandığı için HBA1'in uygulandığı yerler arasında hastaneler %74,0 ile ilk sırada yer alırken, SO/ASM'ler %25,3 oranı ile ikinci sırada yer almakta; SO/ASM'lerin payı HBA2 - HBA3 için %90'ın üzerine çıkmaktadır.

Özel Sağlık Kuruluşlarının aşılama hizmetlerindeki payı değerlendirilince, bazı lotlarda diğerlerinden fazla olsa da, il bazında en yüksek %4,7 oranına ulaştığı görülmektedir.

**Sonuç**

Aile doktorluğu pilot uygulamasının sonuçlarını izlemek amacıyla aynı yöntem kullanılarak tekrarlanacak araştırmalar, bu bulguların hangi yönde değişmekte olduğunu gösterecektir.

**Anahtar Kelimeler**

Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Aşılama Yeri, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Arş. Gör. Ashhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

**ANKARA KENT MERKEZİNDE BULUNAN İKİ SAğLIK OCAğINA HERHANGİ BİR NEDENLE BAŞVURAN YİRMİ YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN HEPATİT C HAKKINDAKİ BİLGİLERİ****S. ÜNER, Ö. KARADAğ, H. ÖZCEBE****Giriş ve Amaç**

Hepatit, ülkemizde ve dünyada sık görölmesi, mortalite ve morbiditeye yol açması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Aşısının olmaması nedeniyle, hepatit C'yi ölemede bulaşma ve korunma yollarının iyi bilinmesi önem taşımaktadır. Bu alışma, Ankara kent merkezinde bulunan iki sağlık ocağına başvuran erişkinlerin hepatit ve hepatit C hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı araştırmanın evrenini, 8-15 Ağustos 2007 tarihleri arasındaki 5 iş gününde, iki sağlık ocağına başvuran 20 yaş üstü 494 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, hepatit ve hepatit C ile bilgilerini değerlendiren anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik programı ile analiz edilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda t testi ve ANOVA kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 36,3±12,7 yıl ve %55,7'si kadındır. %4,3'ü hayatının herhangi bir döneminde hepatit tanısı almıştır. Araştırmaya katılanların %38,9'u hepatitin sık görüldüğünü, %74,9'u bulaşıcı olduğunu, %66,2'si tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir. En çok bilinen belirti sarılık (%85,6), komplikasyon ise sirozdur (%63,0). Araştırmaya katılanlardan %61,7'si hepatit C'yi duyduğunu belirtmiştir. Hepatit C'yi duyanların %92,5'i hepatit C'nin kan yoluyla, %73,8'i cinsel yolla bulaştığını belirtirken, en sık görüldüğü meslek grubunu %84,9 ile seks çalışanları olarak tanımlamışlardır. %80,3'ü güvensiz cinsel ilişkiye girmenin, %78,0'i damar içi madde kullanımının hepatit C için riskli davranışlar olduğunu düşünmektedir. Hepatit C bilgi puanlarının dağılımı incelendiğinde, cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yokken; yaş azaldıkça, öğrenim düzeyi arttıkça, kan bağışı yapanlarda ve hepatit tanısı alanlarda bilgi puanı ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve bilgi puanı farkları istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Sonuç**

Araştırmaya katılanların hepatit C ile ilgili eksik ve yanlış bilgilerinin olduğunun belirlenmesi, toplumun hepatit C ile ilgili farkındalığının ve bilgi düzeyinin artırılması için sağlık eğitimi müdahalelerine gereksinim olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Hepatit C, bilgi düzeyi, sağlık ocağı

- Öğr. Gör. Dr. SARP ÜNER, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAğLIğI AD - sarpuner@hacettepe.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. ÖZGE KARADAğ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAğLIğI AD - okaradag@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. HİLAL ÖZCEBE, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAğLIğI AD - hozcebe@hacettepe.edu.tr



**ANKARA'DA BİR SAĞLIK OCAĞI POLİKLİNİKLERİNE 2-4 EKİM 2007 BAŞVURAN 17-50 YAŞ ARASI KİŞİLERİN HEPATİT B HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**

**Ali Naci YILDIZ, Yalçın ÇAKIR, Saliha EREN, Ümitcan KARAHASANOĞLU, Rüveyda LÜLECİ, Ümit MALKAN, Fehminaz TEMEL**

**Giriş ve Amaç**

Hepatit dünyada ve Türkiye'de önemli bir sağlık sorunudur. Viral hepatitlere yönelik çalışmalarda etkin yöntemlerden olan toplumun sosyoekonomik düzeyini yükseltme, bulaşma yollarını ortadan kaldırma, toplumu Hepatit B için aşılama ve toplumu bilgilendirme yolunda daha fazla çaba gösterilmesi gerekmektedir. Bu çalışmalar için öncelikle toplumun bilgi düzeyinin saptanması faydalı olacaktır. Bu çalışmada, Ankara'da bir Sağlık Ocağı polikliniklerine başvuran 17-50 yaş arası kişilerin Hepatit B hakkındaki bilgi düzeyinin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın araştırma grubunu, üç iş gününde (2-4 Ekim 2007) sağlık ocağına başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 17-50 yaş arası toplam 236 kişi oluşturmaktadır. Veriler yüz yüze anket uygulama tekniği ile toplanmıştır. Anket sosyodemografik özellikler yanı sıra 30 bilgi sorusunu içermektedir. Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programında, yüzde dağılımları ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya katılanların %78.0'i kadın, %58.1'i ev hanımı; %79.7' si evlidir. Katılımcıların yaş ortalaması 33.9±0.6 yıldır (Ortanca=33. En küçük-En büyük değer=17-50). %45.8' i lise ve üstü düzeyde eğitim almıştır. Yüzde 41.7'sinin yakın çevresinde sağlık personeli olan bir kişi vardır. %22.9'u Hepatit B aşısı olmuştur. %28.4'ünün kendisi veya ailesinden birisi hepatit/sarılık geçirmiştir. Katılımcıların %58.5' i hepatitin karaciğer hastalığı olduğunu; %92.1' i kan yoluyla, %74.3' ü cinsel yolla bulaşabileceğini; %92.1'i aşıyla, %68.2'si kondomla korunulabileceğini bilmıştır. Araştırmaya katılanların %93.6'sı hepatit/sarılık türlerinden en az birini duymuştur. %24.0 ü Hepatit B'yi hiç duymamıştır.

Araştırmaya katılanların %41.9'u yazılı ve görsel medyanın , %33.5'i okullarda ders olarak okumanın toplumu bilgilendirmek için en etkili yöntem olduğunu söylemiştir. Lise ve üstü düzeyde eğitim alanların % 31.5' i; ortaokul ve altı düzeyde eğitim alanların % 15.6'sı hepatit B aşısı olmuştur (p<0.05). Hepatit B'yi duymuş olan kişilerin (212 kişi) Hepatit B hakkındaki ortalama doğru yanıt sayısı (27 soruda) 14.5±5.0'dir (Ortanca=15. En küçük-En büyük değer=0-26)

Ortalama doğru yanıt sayısından (15 doğru yanıt) az ya da çok doğru yanıt verilmesi değerlendirildiğinde cinsiyet, yaş grubu ve medeni duruma göre istatistiksel olarak önemli düzeyde fark saptanmamışken (p>0.05) öğrenim durumunun artması, Hepatit B aşısı olma ve daha önce bilgi almış olma değişkenleri bakımından fark saptanmıştır (p<0.05).

**Sonuç**

Hepatit B konusunda topluma yönelik yapılan eğitim çalışmaları artırılmalı ve içeriğinde korunma yöntemlerine ağırlık verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Hepatit B, Bilgi Düzeyi, Sarılık, Sağlık Ocağı

- Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - anyildiz@yahoo.com
- Dr. Yalçın ÇAKIR, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Saliha EREN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Ümitcan KARAHASANOĞLU, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Rüveyda LÜLECİ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Ümit MALKAN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

## ANKARA'DA İKİ SAğLIK OCAğI BÖLGESİNDE, 0-59 AYLIK ÇOCUKLARDA SON 15 GÜN VE SON 24 SAAT İÇİNDEKİ İSHAL PREVALANSI

Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Levent AKIN, Banu ÇAKIR, Fehminaz TEMEL, Yusuf Tolga ŞANLI, İlnur ÖZDENİZ, Emel ÖDEMİŞ, Bihter ŞENTÜRK, Seval TANRIKULU, Esmâ KEPENEK

### Giriş ve Amaç

İshal gelişmekte olan ülkelerde alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra çocukluk döneminin en sık görülen ikinci hastalığıdır. Çalışmada Ankara'da iki ayrı Sağlık Ocağı bölgesinde, 0-59 aylık çocuklarda son 15 gün ve 24 saat içindeki ishal prevalansının saptanması ve bazı olası risk faktörleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan çalışmada, Ankara'da iki sağlık ocağı bölgesinde, evreni bilinen örneklem formülü ile örneklem büyüklüğü hesaplanmış, örneklem küme yöntemi ile seçilmiş, 0-59 aylık (N=3527) toplam 491 çocuğa ulaşılmıştır. Çocuklara bakan kişilere yüz yüze görüşme tekniğiyle 32 soruluk bir anket uygulanmıştır. Veriler, Ağustos ayında toplanmış, SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Analizlerde yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Çocukların %49,3'ü erkek. %22,6'sı 0-11 ay, %22,0'si 24-35 ay, %19,8'i 12-23 aylıktır. Annelerin %39,3'ü lise mezunu, %16,1'i çalışmaktadır. Çocukların %86,4'üne anne bakmaktadır. Çocukların %37,1'inin evinde dörtten fazla kişi yaşamakta, %10,6'sının sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Çocukların %20,6'sı araştırma sırasında anne sütü almaktayken, %1,6'sı hiç anne sütü almamıştır. Yüzde 82,5'inin tuvalet sonrası temizliğini annesi yapmaktadır. Çocukların %49,7'sine içme suyu olarak şebeke suyu verilmektedir. %47,0'sinin evinde son 15 günde su kesintisi olmuştur.

Çocukların %23,2'si son 15 gün içinde, %4,3'ü son 24 saatte ishal olmuştur. İshal tanımı sorulduğunda çocuğa bakan kişilerin %7,5'i tam olarak doğru yanıt vermiş, %29,5'i tanımı hiç bilememiştir.

12-23 aylık yaş grubunda olanların, son 15 gün içinde ishal olma tahmini rölatif riski 2,28 kat (GA=1,37-3,80 p=0,0006), konutunda dörtten fazla kişi yaşayan çocukların son 15 gün içinde ishal olma tahmini rölatif riski 1,69 kat (GA=1,04-2,74, p=0,02), su kesintisi olan evlerde yaşayan çocuklarda ise aynı tahmini rölatif risk değerlerine göre 1,83 kat (GA=1,17-2,87, p=0,004) fazla bulunmuştur.

### Sonuç

Çalışmada ishal sıklığının 12-23 aylık çocuklarda, kalabalık ailelerde, su kesintisi olan evlerde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu olası risk faktörlerine yönelik sağlık ocağı çalışanlarının bilgilendirilmesi, ailelere buna yönelik eğitim verilmesi gereklidir.

### Anahtar Kelimeler

0-59 ay çocuk, İshal prevalansı, Sağlık Ocağı

- Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - sevkato@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. Levent AKIN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - leventa@hacettepe.edu.tr
- Doç. Dr. Banu ÇAKIR, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - cakir@tr.net
- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - fehminaz@yahoo.com
- Dr. Yusuf Tolga ŞANLI, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. İlnur ÖZDENİZ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

**BİR GRUP ÖĞRETMEN VE HEKİMİN KUŞ GRİBİ BİLGİ DÜZEYLERİ****M. KAYA, G. ÇULHA, A. ÖZLÜ, C. ERCAN, Ç. ŞİMŞEK****Giriş ve Amaç**

Kuş Gribi, özellikle göçmen kuşlarla yayılan, evcil kanatlılarda toplu ölümlere neden olan, hasta taşıyıcı ya da ölmüş hayvanlarla teması olan insanlara bulaşabilen ve insanlarda da ölümcül olabilen bir hastalıktır. Türkiye de bu hastalıktan etkilenmiş, ölümler görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, bir grup öğretmen ve hekimin hastalıkla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi 1 Şubat-30 Nisan 2008 tarihleri arasında ildeki öğretmenlere (çoğunlukla rehber öğretmenler) ve 1. basamakta çalışan hekimlere yönelik olarak Sağlık ve Tarım Bakanlığı'nın yürüttüğü Kuş Gribi Eğitim Programı kapsamında eğitim toplantıları düzenlemiştir. Bu toplantılar öncesinde, araştırmacılar tarafından geliştirilen Kuş Gribi Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu katılımcılara uygulanmıştır. Değerlendirme Formu, eğitim materyallerinde Kuş Gribi ile ilgili bilgilerin yer aldığı bazı cümlelerden yararlanılarak hazırlanmıştır. 204 öğretmen ve 156 1. basamak hekimi olmak üzere 360 kişi çalışmaya alınmıştır. Veriler SPSS programında değerlendirilmiş, karşılaştırmalarda Ki-Kare Analizi yapılmıştır.

**Bulgular**

Katılımcıların %56,7'si (n=204) öğretmen, %43,3'ü (156) hekimdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu %52,2'si (n=188) 33-42 yaş grubundadır ve kentsel alanda çalışmaktadır. Öğretmenlerin %48,5'i (n=99), hekimlerin %42,3'ü (n=66) daha önce kuş gribi ile ilgili bir eğitim aldığını ifade etmiştir. Öğretmenler en çok radyo-tv'den, hekimler ise panel-konferans gibi etkinliklerden bilgilendiklerini belirtmişlerdir. Etkenin İnfluenza A virusu olduğunu, çocukların kuş gribi açısından riskli gruplardan olduğunu, yumurtanın saklanırken ve pişirme öncesi yıkanmaması gerektiğini öğretmenler; virusun insandan insana bulaşma yapısı kazandığında küresel grip salgınına yol açacağını, mevsimsel gribin de influenza virusları ile oluştuğunu, virusun çamaşır suyuna duyarlı olduğunu hekimler daha fazla doğru bilmişlerdir (p<0,05). Daha önceden eğitim almamış hekimler Kuş Gribi ile Mevsimsel Grip virusu ayırımının ancak laboratuvar ortamında yapılabileceğini, eğitim almış hekimler virusun düşük sıcaklıkta ve dondurulmuş maddelerde uzun süre yaşayabileceğini daha fazla doğru bilmişlerdir (p<0,05). Daha önceden eğitim almamış öğretmenler Mevsimsel Grip aşısının Kuş Gribi hastalığına karşı korumadığını, eğitim almış olanlar virusun çamaşır suyuna duyarlı olduğunu, erken teşhisin önemini ve bulaş yolunu daha fazla doğru bilmişlerdir (p<0,05).

**Sonuç**

Sonuç olarak daha önceden eğitim almış olmak bazı sorularda tersine sonuç vermiş olmakla birlikte, genel olarak değerlendirildiğinde bilgi düzeylerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Kuş Gribi, öğretmen, hekim, bilgi düzeyi.

- Uzm. Dr. Mine Kaya, Ankara Sağlık Müdürlüğü - kayamine70@yahoo.com
- Uzm. Dr. Gönül Çulha, Ankara Sağlık Müdürlüğü - culhag@yahoo.com
- Dr. Ahmet Özlü, Ankara Sağlık Müdürlüğü - drahmetozlu@yahoo.com
- Uzm. Dr. Cihan Ercan, Ankara Sağlık Müdürlüğü - ercancihan@hotmail.com
- Dr. Çiğdem Şimşek, Ankara Sağlık Müdürlüğü - cigdemsimsek2000@yahoo.com

**BİR SAĞLIK OCAĞINA 3, 4, 10 ARALIK 2007 TARİHLERİNDE YAPILAN BAŞVURULARDA ÜSYE TANISI ALAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİ VE HASTALARIN TEDAVİYE UYUMU**

Ali Naci YILDIZ, Emel ERTÜRK, Eymen GAZEL, Sebile GÜLER, Fehminaz TEMEL

**Giriş ve Amaç**

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda, poliklinik başvuruları arasında ilk sıralarda yer alan üst solunum yolu enfeksiyonlarının (ÜSYE) dağılımının, bu hastalıklarda ilaç kullanımının, hastaların tedaviye uyumlarının bilinmesi hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunacaktır. Araştırmanın amacı Ankara'da bir sağlık ocağına 3, 4, 10 Aralık 2007 tarihlerinde başvuran ve ÜSYE tanısı alan kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin, hastalık tanılarının, önerilen tedavilerinin ve tedaviye uyumlarının saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte olan çalışmada, araştırma grubunu evrenini Ankara'da bir sağlık ocağına 3, 4, 10 Aralık 2007 tarihlerinde başvuran ve ÜSYE tanısı alan kişiler oluşturmaktadır. Çalışmayı kabul eden 118 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır. Bilgiler, %45,8'i hastanın kendisinden diğerlerinin 18 yaş üstü yakınlarından (%47,5'i annesi) alınmıştır. Tedaviye uyumlarının ve iyileşme durumlarının değerlendirilmesi için, bir hafta sonra telefon görüşmesi yapılmıştır. Bu görüşmede ilaç, antibiyotik tedavisi, istirahat, rapor ve sevke uyum değerlendirilmiştir. Veri analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır.

**Bulgular**

Hastaların % 61,9'u kadındır, % 67,5'i 30 yaşın altındadır (ortalama±ss=21,5±18,5), 18 yaş ve üzeri kişilerin %30,6'sı çalışmaktadır, %30,6'sı lise mezunudur. ÜSYE tanısı alan kişilerde en sık görülen hastalıklar akut tonsillit (%33,1), sinüzit (%22,9), tonsillofarenjit (%14,4). ÜSYE hastalarının %96,6'sına ilaç tedavisi, %14,4'üne istirahat, %11,9'una rapor verilmiştir. Yüzde 3,4'ü başka bir sağlık kurumuna sevk edilmiştir. Hastaların %78,8'ine antibiyotik, %66,1'ine analjezik, %36,4'üne antihistaminik, %29,7'sine dekonjestan, %19,5'ine mukolitik, %18,6'sına vitamin ve %4,2'sine diğer ilaçlar verilmiştir. En sık verilen antibiyotikler sırasıyla Laktam+laktamaz inhibitörleri (%39,8), sefalosporinler (%20,3) ve penisilindir (%12,7).

Hastaların %80,5'i verilen ilaç tedavisine uymuştur (ilaçlarını almış ve önerilen şekilde kullanmıştır.) İlaç verilenlerin tedaviye uyumu %81,8, antibiyotik tedavisine uyumu %81,7'dir. Hastaların tümü istirahat, rapor ve sevklerine uymuşlardır. Tedaviye uyumda yaş grupları arasında fark saptanmamıştır. Anne öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlar, ilkokul ve altı olanlara göre tedaviye istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla uymuşlardır (p=0,035). On sekiz yaş ve altındaki hastaların anne öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlar, ilkokul ve altı olanlara göre tedaviye istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla uymuşlardır (p=0,026).

**Sonuç**

Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde, ÜSYE tedavisinin planlanması konusuna önem verilmelidir. Annelerin öğrenim düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yaygınlaştırılmalıdır. Tedavi planına uyum ve ilaçların doğru kullanımı konusunda, topluma yönelik eğitim çalışmaları düzenlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tedavi Uyumu, Sağlık Ocağı

- Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - anyildiz@yahoo.com
- Dr. Emel ERTÜRK, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Eymen GAZEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Sebile GÜLER, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - fehminaz@yahoo.com

**BİR TIP FAKÜLTESİ 4., 5. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KUŞ GRİBİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI****S. KILIÇ, O. KOÇ, H. SALİFOĞLU, A. PELLUMBI, S. ULUS****Giriş ve Amaç**

Kuş gribi hastalığının yakın zamanda bir çok insanın hayatını tehdit edebilecek pandemi riskinin olması nedeniyle önemli olan bu hastalık hakkında klinik branşlarda rol almaları ve bundan dolayı bilgi sahibi olmaları gerektiği düşünülen GATA Tıp Fakültesi'nde 4.5.6 sınıfta okuyan öğrencilerin bilgi düzeyi değerlendirmek istenmiştir.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 22 Ocak 2007 tarihinde GATA Tıp Fakültesi 4. 5. ve 6. sınıfta okuyan öğrencilerin 329'unun 156'sına ulaşılarak, kuş gribiyle ilgili bilgi düzeylerini ölçen 11 soruluk soru formu aracılığıyla yapılmıştır. Sorulan 11 sorunun son ikisi 5 puan diğer sorular 10 puan olarak değerlendirilmiş, 60 puan ve üzerinde alanlar başarılı olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın verileri SPSS 15.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir.

**Bulgular**

Katılımcı 156 kişinin %32.7'si 4. sınıf, %30.1'i 5. sınıf, %37.2'si 6. sınıftır. Katılımcıların %77.6'sı kuş gribi etkeni influenza virusunun suşunu bilmektedir. Katılımcıların % 67.3'ü kuş gribinin bulaş yolunu, %55'i kuş gribinin tanımını, %68.1'i kuş gribinin insanlarda görülen belirtilerini, %80'i hastalığa yakalanan kişilerin en sık ölüm nedenini, %72'si hastalığın hangi canlılarda görüldüğünü, %58'i hastalıktan korunmak için gıdaların kaç dereceye kadar pişirilmesi gerektiğini, %65.4'ü pandemi için virüste hangi mutasyon olması gerektiğini, %40'ı grip aşısı hazırlamak için hangi yolun kullanıldığını, %29'u kullanılan ilaçların hangilerine direnç gelişmediğini, %48'i virüsün şu an hangi fazda olduğunu doğru olarak cevaplamıştır. 4. sınıfların aldıkları puan ortalaması 61.7, 5. sınıfların aldıkları puan ortalaması 62.4, 6.sınıfların aldıkları puan ortalaması 62.6'dır. Bu veriler bize tıp fakültesi öğrencilerinin kuş gribi hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğunu göstermektedir. 6. sınıfları stajyerlik periyodundaki (4 ve 5'inci sınıflar) tıp fakültesindeki öğrencileriyle karşılaştırdığımızda: stajyerlerdeki başarı yüzdesinin (%66.3) 6.sınıf öğrencilerine göre (%58.6) daha fazla olduğu bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.005).

**Sonuç**

Öğrencilerin özellikle etken, klinik bulgular ve bulaş yolu konusunda verdiği cevaplar tatminkar bulunmuştur. Ancak virüsün pandemi oluşturma özelliği ve virüse karşı kullanılacak ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyleri yeterli olmayıp yapılacak bilgilendirme panelleriyle bu konu hakkındaki bilgi eksiklikleri giderilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Kuş gribi, bilgi düzeyi, tıp fakültesi öğrencileri

- Doç. Dr. SELİM KILIÇ, GATA HALK SAĞLIĞI A.D. - drselimkilic@yahoo.com
- OZAN KOÇ, GATA TIP FAKÜLTESİ
- HATİCE SALİFOĞLU, GATA TIP FAKÜLTESİ
- ALFRIDA PELLUMBI, GATA TIP FAKÜLTESİ
- Arş. Gör. Dr. SERDAR ULUS, GATA HALK SAĞLIĞI A.D. - serdarulus@hotmail.com

## BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN KLİNİKLERİNDE OCAK 2005-HAZİRAN 2008 TARİHLERİ ARASINDA İZLENEN BRUSELLOZ OLGULARININ İNCELENMESİ

**E. BARAN, K. O. MEMİKOĞLU, M. E. OCAKTAN**

### Giriş ve Amaç

Bruselloz ülkemizde morbiditesi yüksek önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) İbn-i Sina Hastanesi'nde Ocak 2005-Haziran 2008 tarihleri arasında Bruselloz tanısıyla kliniklerde izlenen hastaların demografik, klinik ve tanısıl özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Geriye dönük kayıtlara dayalı bu çalışmada, AÜTF İbn-i Sina Hastanesi'nde 1 Ocak 2005-30 Haziran 2008 tarihleri arasında Bruselloz tanısıyla kliniklerde izlenen 127 Bruselloz olgusunun 92 (%72.4)'sinin dosyasına ulaşılmış, ancak 14 (%11.0) dosyanın boş olduğu görülerek 78 (%61.4) dosya incelenmiştir. Veriler SPSS'de sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Olguların 48 (%61.5)'i erkek ve 30 (%38.5)'u kadın olup yaş ortalamaları 48.2±15.8 (16-83)'dir. İlk başvuru yerinin sıklıkla 42 (%53.8) olguda Enfeksiyon Hastalıkları, 14 (%17.9) olguda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve 9 (%11.5) olguda İç Hastalıkları poliklinikleri olduğu görülmüştür. Çiğ süt ve süt ürünlerinin tüketimi 74 (%94.9) olgu ile en sık bulaş yolu olup 17 (%21.8) olguda da ailede bruselloz vakası görülmüştür. Kas-eklem ağrısı 57 (%73.1), ateş 53 (%67.9), terleme 39 (%50.0) ve halsizlik 37 (%47.4) olguda en sık başvuru şikayetleridir. Fizik muayenede sıklıkla 10 (%12.8) olguda hepatomegali ve 8 (%10.3) olguda splenomegali saptanmıştır. Olguların 39 (%50.0)'unda anemi, 11 (%14.1)'inde lökopeni, 8 (%10.3)'inde trombositopeni, 38 (%48.7)'inde sedimantasyon yüksekliği ve 35 (%44.9)'inde transaminaz yüksekliği mevcuttur. Standard tüp aglütinasyon testi 76 (%97.4)'sında, kan kültürü 40 (%51.3)'ünde ve beyin omurilik sıvısı kültürü 2 (%2.6)'sinde pozitifdir. Semptomların ortaya çıkma durumuna göre olguların 64 (%82.1)'i akut (0-12 ay) ve 14 (%17.9)'ü kroniktir (>12 ay). Spondilodiskit 9 (%11.5), nörobruselloz 6 (%7.7) ve endokardit 3 (%3.8) olguda görülürken; 11 (%14.1) olgu relaps ve 2 (%2.6) olgu tedavi başarısızlığı nedeniyle başvurmuştur.

### Sonuç

Araştırma sonuçlarına göre Bruselloz; ateş, terleme, halsizlik ve kas-eklem ağrısı şikayetleriyle başvuranlarda mutlaka akla gelmelidir. Çiğ süt ve süt ürünlerinin tüketimi en sık bulaş yolu olduğundan toplum bu konuda daha fazla bilgilendirilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Bruselloz, klinik özellikler, laboratuvar bulguları

- Arş. Gör. Dr. Emine BARAN, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - eminibaran@yahoo.com
- K. O. MEMİKOĞLU
- M. E. OCAKTAN

**DÜZCE'DE ÖNEMLİ BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU: KUDUZ RİSKLİ TEMAS OLGULARI****Nasır NESANIR****Giriş ve Amaç**

Tüm Türkiye'de olduğu gibi Düzce'de de kuduz riskli temas olguları bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada önemli bir halk sağlığı sorunu olan Düzce'deki kuduz riskli temas olgularının tanımlanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma, 01.01.2006 - 31.12.2007 tarihleri arasında Düzce'de meydana gelen bütün kuduz riskli temas (toplam 2567 kuduz riskli temas olgusu 2006'da 1223, 2007'de 1344 olgu) olguları üzerinde yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler Toplum Sağlığı Merkezlerince doldurularak gönderilen "kuduz şüpheli temas bilgi formları"ndan sağlanmış. Bu formlarda kuduz riskli temas olgusunun yaşı, cinsiyeti, olgu tarihi, yerleşim merkezi ve bu yerleşim merkezinin birimi, temasa neden olan hayvanın türü, temas sonrası hayvanın durumu, kaç doz kuduz aşısı yapıldığı, aşı kesilmişse kesilme nedeni, hayvanın başıboş mu, ölmüş mü, öldürülmüş mü, aşılı mı olduğu sorgulanmıştır.

**Bulgular**

Düzce'de kuduz riskli temas olgusu % 43.4'ü Düzce ili merkezinde % 56.6'sı İlçelerinden bildirilmiştir. Düzce genelinde 2006 yılı için kuduz riskli temas insidansı yüz binde 367 iken 2007 yılında 403'tür. Merkezde 2006 yılında insidans yüz binde 274, 2007 yılında yüz binde 290 olmuştur. İnsidansın en yoğun olduğu yer Yiğilca ilçesidir (.2006'da yüz binde 930, 2007'de yüz binde 1240'tır). Düzce genelinde 2006-2007 yılları arasında 2566 kuduz riskli temas olgusunun % 41.4'ü mahallelerden % 58.3'ü köylerden bildirilmiştir. Bu oranlar Düzce merkezi için mahallelerde % 48.7, köylerde % 50.6'dır. Yiğilca ilçesi için ise bu oranlar mahallelerde % 14.5 ve köylerde % 85.5'tir.Düzce'de 2006-2007 yılları arasında meydana gelen kuduz riskli temas tipinin % 78.3'ü ısırılma, % 21.2'si tırmalanma ve % 0.5'i açık yaraya temastır. 2006-2007 yılları arasında Düzce'de meydana gelen kuduz riskli temas olgularından % 12.2'si Ağustosta, % 11.2'si Temmuzda, % 11.1'i Haziranda, % 4.0'ü Şubatda, % 5.4'ü Ocakta ve % 6.3'ü Aralıkta bildirilmiştir.2006-2007 yılları arasında Düzce'de meydana gelen kuduz riskli temasın % 75.0'ı evcil köpek, % 22.2'si kedi, % 0.9'u vahşi hayvan kaynaklıdır.Şüpheli temasa neden olan hayvanların Düzce genelinde % 43.1'i aşısız sahipli, % 30.6'sı kaçtı tanınmıyor, % 25.1'i aşıli sahipli ve % 1.2'si öldü ya da öldürüldü şeklindedir.Türkiye'de bildirim zorunlu 51 bulaşıcı hastalıktan Düzce'de 2006 yılında bildirilenlerin toplamı 1680'dir ve bu sayının 1223'ü (% 72.7) kuduz riskli temas olgularıdır. 2007 yılı için bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların toplamı 1750'dir ve bu sayının 1344'ü (% 76.8) kuduz riskli temas olgularıdır.

**Sonuç**

Kuduz riskli temas olgularının kaynağını sadece başıboş hayvanlar değil sahipli aşıli veya sahipli aşısız köpeklerin oluşturması evde hayvan bakanların da eğitilmesi ve denetlenmesi gerektiğini göstermektedir. Düzce'de diğer bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların toplamından fazla sayıda kuduz riskli temas olgusu görülmesi Düzce için kuduz riskli temas olgusunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeier**

Düzce, Kuduz, Kuduz Riskli Temas

• Uzm. Dr. Nasır Nesanır, Düzce Sağlık Müdürlüğü - nasirnesan@hotmail.com

**EDİRNE'DE HASTANE YEMEK HAZIRLAMA VE DAĞITIM HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN GIDA HİJYENİ KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI****B. TOKUÇ, G. EKUKLU, U. BERBEROĞLU, E. BİLGE, H. DEDELER****Giriş ve Amaç**

Çok sayıda insana gıda hizmeti veren, toplu yemek yenen yerlerde besin kaynaklı salgınlar ve besin zehirlenmeleri halen önemli halk sağlığı sorunlarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada da hastanelerde yemek hazırlama ve servis işinde çalışanların gıda hijyeni ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve daha sonra verilecek eğitimler için bir temel veri tabanı oluşturulması amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem**

Edirne'de bulunan 2 devlet ve 1 üniversite hastanesinde yemek hazırlama ve dağıtım hizmetlerinde çalışan tüm personeli kapsayan çalışma, Kasım-Aralık 2007'de yürütülmüştür. Daha önce İtalya, İran ve Türkiye'de yapılmış üç çalışmayı temel alarak hazırlanan 43 soruluk anket formu katılımcılara gözlem altında uygulanmıştır.

Anket formu ile çalışanların gıda hijyeni ve gıda ile bulaşan hastalıklar konusunda bilgileri, gıda ile bulaşan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili tutumları ve çapraz kontaminasyonun önlenmesi ile ilgili davranışları sorgulanmıştır.

Verilerin analizi SPSS Ver. 16.0 kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular**

Tüm hastanelerdeki 81 çalışandan 73'ü (%90.1) anketi yanıtlamıştır. Çalışanların yaklaşık tamamı (%91.8) yiyeceklerin belli bir düzen içinde hazırlanmasının besin zehirlenmesi riskini azaltacağı görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %64.4'ü koleranın, %58.9'u Şigellozisin gıda ile bulaşabileceğini söylerken, %38.4'ü Hepatit B'nin de gıda ile bulaşabileceğini belirtmiştir. Çalışanların tamamı, çalışırken bone, maske, eldiven ve önlük kullanmanın çalışan personele ve hastalara enfeksiyon bulaşması riskini azalttığı görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir.

Personelin ambalajsız gıdalara dokunmadan önce ve sonra el yıkama davranışları sorgulandığında, çiğ gıdalar için sırasıyla %93.2'si ve %97.3'ü her zaman yanıtı vermiştir. Pişmiş gıdalar için dokunmadan önce %93.2'si her zaman elini yıkadığını, dokunduktan sonra %95.9'u sıklıkla elini yıkadığını belirtmiştir.

Personelin %84.9'u ambalajsız gıdalara dokunurken her zaman eldiven kullandığını, sırasıyla %79.5'i ve %90.4'ü eldiven giymeden önce ve sonra ellerini yıkadıklarını söylemişlerdir.

Yalnızca Üniversite hastanesinde çalışan personel (%68.5) genel bir hijyen eğitimi aldığını belirtirken, katılımcıların hepsi gıda hijyeni ve bulaşıcı hastalıklar konusunda herhangi bir eğitim almadığını söylemişlerdir.

**Sonuç**

Çalışma, Edirne'de 3 hastanede çalışan personelin temel gıda hijyeni ve gıda ile bulaşan hastalıklar konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Besin kaynaklı salgınların %90'dan fazlasının gıda hazırlama ve servis işinde çalışanların yetersiz bilgisinden kaynaklandığı düşünüldüğünde, yemek hazırlama ve dağıtım hizmetlerinde çalışan personelin sürekli hizmet içi eğitimi ve düzenli olarak denetimi kaçınılmaz olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Hastane çalışanı, gıda hijyeni, bilgi, tutum

- Yrd. Doç. Dr. Burcu TOKUÇ, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - burcutok@yahoo.com
- Doç. Dr. Galip EKUKLU, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - ekuklu@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - uberberoglu@yahoo.com
- Esra BİLGE, Selimiye Devlet Hastanesi
- Arş. Gör. Hasan DEDELER, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.



**ESKİŞEHİR İLİ KIRSAL ALANINDA ERİŞKİNLERİNDE DERMATOFİTOZ SIKLIĞI VE TEDAVİ ALTERNATİFLERİ****S. METİNTAŞ, N. KİRAZ, F. KOÇ, C. KALYONCU****Giriş ve Amaç**

Yüzeysel mantar enfeksiyonları ömür boyu %10-20'lik riskle tüm dünyada milyonlarca insanı etkilemektedir. Bildirimi zorunlu hastalıklar olmadığından gerçek boyutları bilinmemektedir. Tedavi edilmeleri uzun süreli ve zordur. Bunlardan dolayı dermatofitozlar önemli bir halk sağlığı problemidir. Çalışma, dermatofitozların kırsal alan erişkinlerindeki yaygınlığını ve etkili risk faktörlerini, tedavide kullanılan alternatif uygulamaların sıklığını belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma evreni ESOGÜ Eğitim Araştırma Bölgesi'nde sağlık birimlerine (Sivrihisar, Beylikova, Mahmudiye, Alpu, Kaymaz) kayıtlı 20 yaş üzeri nüfustan oluştu. Örnek hacmi, her bir sağlık birimi bölgesinden dermatofitozun görülme sıklığı %15, hata payı %3 alınarak yaklaşık 500 olarak hesaplandı. Çalışma grubuna girecek bireyler sağlık biriminin kayıtlarından rastgele örneklem metoduyla seçildi. Örnekleme giren bireylere evlerinde ulaşıldı. Evlerinde bulunamayanların yerine yaş ve cinsiyet uyum komşuları alındı. Toplam 2574 kişiye ulaşıldı. Çalışma iki aşamadan oluştu. Birinci aşamasında bireylere kimlik ve hijyenik bilgilerini içeren anket uygulandı. Boy ve kiloları ölçülerek, tanı almış oldukları kronik hastalıkları sorgulandı. Bireylerin tümü daha sonra dermatofitoz enfeksiyonuna yönelik muayene sırasında şüpheli lezyon tespit edilen bireylerden uygun mikrobiyolojik örnek alınıp, laboratuvara ulaştırıldı. Kültür yapıldı ve örneklerden laktofenol pamuk mavisiyle preparat hazırlandı ve mikroskopta incelendi. Araştırmanın ikinci aşamasında mikrobiyolojik tanı alan bireylere tedavi için kullandıkları yöntemler sorgulandı. Verilerin analizinde ki-kare testi ve çok değişkenli analizler için lojistik regresyon kullanıldı.

**Bulgular**

Bireylerin yaş ortalaması 46.59±16.26 (uç değerler:20-96) olup, 1323'ünü (%51.4) kadınlar, 1251'ini (%48.6) erkekler oluşturdu. Semptomlu ve şüpheli lezyon gözlenen 285 (%11.1) kişiden mikrobiyolojik örnek alındı. Örneklerin 109 (%4.2)'unda üreme oldu. Lezyonların %88.1'i ayakta, %11.9'u ellerde yerleşmişti. Ayaktan izole edilen etkenlerin ilk sırasında T.rubrum, el lezyonlarında ise T.rubrum ve T.menta yer almaktaydı. Dermatofit lezyonunun görülme sıklığı üzerine etkili değişkenler, yaşın 40'ın üzerinde olması, erkek cins ve obez olma bulundu. Modelde yer almasına rağmen kronik hastalık varlığı, uygunsuz hijyen ve fiziksel aktivite düzeyinin etkisi gösterilemedi. Kültürde üreme gösteren kişilerden yalnızca 49 (%45)'ü hekime gitmiş ve tedavi almış iken, 38 (%34.9)'i tıbbi uygulama dışı tedaviler uyguladığını bildirmiştir. En yaygın yöntemler kolonya dökme, kına yakma ve yumuşatıcı krem kullanma olarak bildirildi.

**Sonuç**

Dermatofit etkenlerini üretmek zordur. Semptomlu bireylerde birden fazla örnek almak gerekmektedir. Dermatofit enfeksiyonlarının kontrolü için, enfeksiyon kaynaklarının uygun tedavi edilmesi gerektiği kamsına varıldı.

**Anahtar Kelimeler**

Dermatofit enfeksiyonları, mikrobiyoloji, tedavi alternatifleri

- Prof. Dr. Selma Metintaş, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - selmamet@ogu.edu.tr
- Prof. Dr. Nuri Kiraz, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı - nkiraz@ogu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Filiz Koç, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - koc.filiz@yahoo.com
- Prof. Dr. Cemalettin Kalyoncu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

## GÖKÇEYAZI SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN ERİŞKİN ERKEKLERİN AIDS HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE AIDS İLE İLGİLİ KORKULARININ BELİRLENMESİ

S. TÜRKER, İ. AKYÜZ, M. ÇOLAK

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma, Gökçeyazı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan erişkin erkeklerin AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ve AIDS hastası ile ilgili korku ve düşüncelerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki araştırma, Balıkesir ilinin İvrindi ilçesine bağlı Gökçeyazı Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni 18-49 yaş grubundaki 853 erkek oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış olup 03.03.2008-28.03.2008 tarihleri arasında sağlık ocağına başvuran ve görüşmeyi kabul eden 158 kişiye veriler yüz yüze görüşülerek anket yöntemiyle toplanmıştır. Veriler SPSS 10.0 programı ile ki-kare ve Lojistik regresyon analizi ile çözümlenmiştir. Bağımsız değişkenler: yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer olup bağımlı değişkenler: AIDS konusunda bilgi düzeyi ve korkularidir.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 31.51±8.58. %88.6'sının köyde yaşadığı, %41.8'si ilköğretim mezunu ve %69.6'sının evli olduğu saptanmıştır.

Erişkin erkeklerin %92.4'ü AIDS hastalığını duyduğunu, %29.5'i hastalığın aşısı olduğunu, %92.4'ü korunmanın mümkün olduğunu, korunmada %69.5'i prezervatifin etkili olduğunu, %30.5'i tek eşli yaşamın olması gerektiğini ifade etti.

Bulaşma yolları ilgili sorularda araştırmaya katılanların: %59.6'sı öpüşme ile, %75.3'ü sivrisinek sokması ile, %88.4'ü ortak kullanılan çatal, kaşık ve bardaklardan, %83.4'ü sulardan, %91.1'i el sıkışma ve kişiye sarılmayla, %74'ü öksürükle hastalığın bulaşmadığını ifade etti. Erkeklerin %97.3'ü cinsel yolla bulaştığını söyledi.

AIDS ile ilgili korkularını irdeleyen sorularda erkeklerin: %91.1'i AIDS'li hastanın kan ve vücut sıvılarına temastan korktuğunu, %81.5'i ailesinden biri hastalığa yakalanırsa evden gitmesini istemediğini, %35.6'sı AIDS hastasının bulunduğu mekanda bulunmak istemediğini, %26.7'si AIDS'li hastalara karşı olduğunu, %17.1'i AIDS'li hastalara yardım etmeyeceğini ve acımayacağını, %34.9'u kendisinin AIDS hastası olduğunda kimsenin destek olmayacağını ifade etti.

Eğitim durumu ile yapılan ikili karşılaştırmalarda: lise altında eğitim alanların AIDS ile ilgili bilgi durumlarının ve korkularının lise ve üzerinde eğitim alanlara oranla anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Buna rağmen lise ve üzerinde eğitim alanlar, kendisi AIDS hastası olduğunda toplumun destek olmayacağı düşüncesine sahip olma durumu lise altında eğitim alanlara göre anlamlı olarak arttığı görülmüştür (p<0.05).

### Sonuç

Gökçeyazı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan erişkin erkeklerin AIDS ile ilgili bilgileri kısmen yeterli bulunurken, hastalık ile ilgili korkularının olduğu sonucuna varıldı. Sağlık Ocağı personeli tarafından AIDS ile ilgili eğitim çalışmalarının periyodik olarak düzenli şekilde yapılması korkuların azaltılmasında etkili olabilir.

### Anahtar Kelimeler

AIDS, Korku, Erişkin Erkek

• Öğr. Gör. Semihat TÜRKER, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - semihatturker@hotmail.com

• İmran AKYÜZ, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - sihirli852001@hotmail.com

• Meltem ÇOLAK, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - meltem\_colak85@hotmail.com

**HATAY İLİ 2007 YILI İÇME SULARININ ANALİZ SONUÇLARI İLE İŞHAL VE HEPATİT A OLGU SIKLIĞI İLİŞKİSİ****E. TURHAN****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada, Hatay İlinde içme ve kullanma sularının bakteriyolojik ve kimyasal analiz sonuçları ile aynı dönemde ali hepatit A ve ishal olgu sıklığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve izlenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmamız geriye dönük tanımlayıcı tipte bir kayıt araştırmasıdır. Ocak - Aralık 2007 döneminde Hatay İli Halk Sağlığı Laboratuvarında yapılmış olan bakteriyolojik ve kimyasal su analiz sonuçları ile Sağlık Müdürlüğü'nün "Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar Haftalık Sürveyans Formu" kayıtları değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Bu dönemde 6867 içme-kullanma suyu analizi yapılmış, %29.7'si sağlığa zararlı bulunmuştur. Bakteriyolojik incelemelerin % 34.8, kimyasal-fiziksel analizlerin %8.1 sağlığa zararlı bulunmuştur. Bakteriyolojik olarak kirlilik Temmuz-Ağustos ve Eylül aylarında yüksek düzeydeydi (sırasıyla % 45.2, 52.9 ve 44.8). Aylık ortalama ishal vakası 5113 idi. Bildirilen ishal vakaları 7442 olgu ile Ağustos ayında en yüksek değere ulaşmıştı. Hepatit A bildirimleri ise en fazla 45 olgu ile Kasım ayında yapılmıştı.

Fiziksel-kimyasal incelemede sağlığa zararlı bulunan örneklerin % 98'inin rengi yönetmelikte belirtilen yasal limitlerin (0-10 pt. /co.) üstünde (n=106) olarak saptanmıştır. Örneklerden % 10.2'si bulanık (0-5 FAU) (n=11) olarak tespit edilmiştir. Örneklerin % 4.6'sında (n=5) nitrit (0-0.5mg/l), % 6.4'ünde (n=7) amonyum (0-0.5mg/l) saptanmıştır. Örneklerin % 2.7'sinin (n=3) pH'sı kabul edilen yasal sınırların ( $\geq 6.5$  -  $\leq 9.5$ ) altında, % 1.8'inin (n=2) iletkenliği kabul edilen limitlerin (0-2500  $\mu\text{s/cm}$ ) üstünde olduğu gözlemlenmiştir.

Bakteriyel kirlilik ile Hepatit A arasında ilişki saptanamamış iken, ishal vakaları ile sulardaki bakteriyel kirlilik arasında pozitif yönde bir ilişki elde edildi ( $r = 0.798$ ,  $p = 0.002$ ).

**Sonuç**

Bakteriyolojik kirlilik daha çok olmak üzere sularda kirlilik oranları yüksektir. Yaz aylarında su kirliliği belirgin olarak artmaktadır. İshal olgularındaki artış ile su kirliliğinde artış paralellik göstermiştir. Bu çalışma içme sularının niteliğine ilişkin sorunların sürdüğünü göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Su Kirliliği, Su Analizi, İshal, Hepatit A, Hatay

\* Uzm. Dr. Ebru TURHAN, HATAY İLİ HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI - turhanebru@hotmail.com

**HATAY İLİ VE YÖRESİNDE BRUSELLOZ SEROPREVALANSI****E. TURHAN, T. İNANDI****Giriş ve Amaç**

Bruselloz tüm dünyada görülen ve ülkemizde de önemini koruyan zoonotik bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı Rose-Bengal testinin duyarlılık ve seçiciliğini, erişkin nüfusta brusella sero-prevalansını ve bunun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem**

Topluma dayalı kesitsel tipte olan bu araştırma, Hatay ilinde beş ilçede ve merkez ilçede yaşayan kişilerden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş yetişkinlerde gerçekleştirildi. Çalışmada 15 yaş ve üstü 1150 kişiyle görüşüldü ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla bir anket uygulandı. Ancak tüp kırılması veya hemoliz nedeni ile 30 kan örneği incelenemediği için 1120 kişinin verileri kullanıldı.

Veriler 2008 Mart-Mayıs döneminde toplandı. Tüm kan örnekleri Rose Bengal testi ve standart tüp aglutinasyon testi ile değerlendirildi. Standart tüp aglutinasyon için 1:160 ve üzeri titreler pozitif olarak değerlendirildi.

SPSS 12.0 programı kullanılarak Ki kare analizi yapıldı. Rose Bengal testinin duyarlılık, seçicilik, pozitif ve negatif prediktif değer hesaplandı.

**Bulgular**

Çalışmaya dahil edilen 1120 kişinin % 56.8'i erkek, % 43.2'si kadın olup yaş ortalaması 44.0±16.8 idi. Katılımcıların %54.9'u ilkokul mezunu idi. Mesleği çiftçilik olanların oranı % 35.6 idi. Rose Bengal Testi ile 1120 kişinin % 4.3'ü, Wright Aglutinasyon Testi ile %2.9'u pozitif idi. Çalışmamızda, enfeksiyonun cinsiyete, yaş gruplarına, eğitim düzeyine ve yerleşim yerine göre dağılımında istatistiksel açıdan fark olmamakla beraber, brusella sero-pozitifliği erkeklerde, 35-44 yaş grubunda, ilkokul mezunu olanlarda ve kırsal kesimde yaşayanlarda daha yüksekti. Sero-pozitiflik, çiftçilerde ve ev hanımlarında diğer mesleklerden daha sık (p=0.04) bulundu. Ailede bruselloz öyküsü olanlarda olmayanlara göre önemli farklılık bulundu (p<0.001). Taze peynir, tuzsuz tereyağı, çökelek ve çiğ süt kaymağı tüketenlerde, hayvanlarla yakın teması olanlarda, bruselloz görülme oranı daha yüksekti (p<0.001). Rose Bengal testinin duyarlılığı %100, seçiciliği % 98.6, pozitif prediktif değeri 68.7 ve negatif prediktif değer ise 100.0 olarak saptandı.

**Sonuç**

Verilerimiz bölgede de brusellanın yaygın bir sorun olduğu yönündedir. Hastalığın kişilerin tutum ve davranışları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Rose Bengal testinin seçicilik ve duyarlılığının yüksek olduğu gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Bruselloz, seroprevalans, Hatay

◦ Uzm. Dr. Ebru TURHAN, HATAY İLİ HALK SAğLIğI LABORATUVARI - turhanebru@hotmail.com

◦ Doç. Dr. Tacettin İNANDI, MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HALK SAğLIğI A.D.

## MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM STAJI YAPMIŞ ÖĞRENCİLERİN HPV AŞISI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**M. F. ÖNSÜZ, Z. BİLGİ, M. YILMAZ, N. AMUK, F. FAHRİDİN, A. TOPUZOĞLU**

### Giriş ve Amaç

HPV cinsel yolla bulaşan ve servikal kanserle ilişkili bir virüstür. Araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kadın hastalıkları ve doğum stajı yapmış öğrencilerin HPV aşısı hakkındaki bilgilerini ve mesleki yaşamlarında aşığı hastalara önerme eğilimleriyle, bu yaklaşımı etkileyen faktörleri belirlemektir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki araştırma Aralık 2007 tarihinde yürütülmüştür. Araştırmamızın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum stajını yapmış 4., 5. ve 6. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem seçimi ve tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışıldı. Araştırma ulaşılan 166 öğrenciyle (araştırmaya katılım oranı %55,3) hazırlanan anket formu kullanılarak yürütüldü. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $23.08 \pm 1.42$  idi. Katılımcıların %51,8'i kadındı. Katılımcıların %7,8'i HPV enfeksiyonu geçirdiğini, %76,5'i HPV konusunda ortalama ve ortalamanın üzerinde bilgili olduğunu, %72,9'u HPV'nin kadınlar için daha önemli olduğunu belirtti. Katılımcıların %95,8'i HPV aşısını hastalarına önermeyi düşündüğünü bildirdi. Aşığı önermeyi düşünenlerin %51,0'i genç kız ergenlere, %49,7'si cinsel aktif genç kadınlara aşığı önereceklerini belirtti. Öğrencilerin %80,7'si aşının bedava olmasının, %48,1'i aşının koruyuculuk oranının %70 olarak varsayılmasının önerme ihtimallerini arttırdığını, %54,8'i hocalarının önermemesinin, %51,3'ü de meslektaşlarının aşığı önermemesinin önerme durumlarını değiştirmeyeceğini belirtti. Aşığı önerenlerin en çekindikleri noktalar aşının çok pahalı, maliyet etkili olmaması ve korunmasız cinsel ilişkiyi teşvik edebileceğini düşünmeleriydi. Aşığı önermeyenlerin en önemli nedenleri, HPV'nin aşığı gerektirecek kadar ciddi enfeksiyona yol açmadığını ve aşının sosyal damgalanmaya yol açacağını düşünmeleriydi. Öğrencilerden aşının koruyuculuğunun %70 olarak varsayılmasının önerme ihtimallerini arttırdığını söyleyenlerin tamamı, aşığı önereceklerini belirtmişti ve fark anlamlıydı ( $p < 0.05$ ). İnterlerin 4. ve 5. sınıf öğrencilerine göre ve yakınlarından birinde HPV enfeksiyonu görülen öğrencilerin HPV bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksekti ( $p < 0.05$ ).

### Sonuç

Araştırmamızda HPV aşısının öğrenciler arasında mesleki olarak kabul gördüğü ve aşının önerilmesindeki en önemli çekincenin aşının maliyet etkililiği olduğu belirlenmiştir.

### Anahtar Kelimeler

Tıp fakültesi, öğrenci, HPV, aşı

- Uzm. Dr. M. Fatih Önsüz, Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü - mfo17@hotmail.com
- Dr. Zeynep Bilgi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Musa Yılmaz, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Nagihan Amuk, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Fevziye Fahridin, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - atopuzoglu@marmara.edu.tr

**MELİKGAZİ SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ ERİŞKİNLERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI****A. ÖZTÜRK, D. HOROZ, A. BORLU, E. BALCI, İ. GÜN****Giriş ve Amaç**

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), son yıllarda özellikle İç Anadolu Bölgesi'nde görülmeye başlayan ve neden olduğu ölümlerle kamuoyunun da dikkatle takip ettiği bir hastalıktır. Bu çalışmada, riskli bölgede yer alan Kayseri ilinde halkın hastalıkla ilgili bilgi ve tutumlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 2008 yılı Şubat ayı içinde Kayseri ili Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ndeki 10 sağlık ocağında yapılmıştır. Bu dönemde sağlık ocaklarına başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1586 kişiye, konu ile ilgili bilgi ve tutumlardan oluşan bir anket, yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları  $40.3 \pm 14.1$  yıl olup; % 50.1'i erkek, % 24.5'i köy ve kasabalarda oturmakta, % 15.8'i herhangi bir okul bitirmemiş, % 1.9'u çiftçidir. Araştırma grubunun % 14.4'ü hayvancılıkla ilgili olduğunu, % 23.1'i tarım-bahçe işleriyle ilgili olduğunu belirtmiştir.

Hastalığı "KKKA" olarak duyanların oranı % 41.6'dır. KKKA'yı duyma oranları herhangi bir okul bitirmemişlerde % 8.3'e, köyde oturanlarda % 11.9'a, çiftçiler veya hayvancılıkla uğraşanlarda % 15.0'a düşmektedir. Araştırmaya alınanların % 21.4'ü, yapılan açıklamadan sonra da, kenelerle geçen bulaşıcı ve öldürücü bir hastalık olduğunu hiç duymadığını ifade etmiştir.

Vücuduna bir kenenin yapışması durumunda, bireylerin % 64.4'ü müdahale etmeden bir doktora veya sağlık personeline başvuracağını, % 25.1'i ise kendi kendine çıkarmaya çalışacağını belirtmiştir. Çıkarmaya çalışırım diyenlerin oranı, hayvancılıkla uğraşanlarda % 50.0'a, köylerde oturanlarda % 54.8'e, tarım işçilerinde % 66.7'ye ulaşmaktadır.

Araştırmaya alınanların % 24.8'i kenenin doğrudan eliyle çekip kopartarak çıkartma, % 12.2'si el ile bastırıp ezerek öldürme, % 30.3'ü kenenin üzerine alkol, gazyağı, kolonya dökülmesi, % 10.0'ı kenenin üzerine sigara basma veya kibrit tutma gibi hatalı uygulamaları doğru bulmaktadır.

**Sonuç**

KKKA ile ilgili bilgi ve tutumların sağlık ocağını kullanan kişilerde bile yetersiz olduğu, üstelik daha fazla risk altında olduğu düşünülen kişilerin daha yüksek oranda yanlış bilgi ve tutum sahibi oldukları saptanmış olup, bu konuda planlı ve kapsamlı bilgilendirme çalışmalarına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

KKKA, bilgi, tutum, sağlık ocağı

- Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK, Erciyes Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - aozturk@erciyes.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Duygu HOROZ, Erciyes Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - dhoroz@erciyes.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Arda BORLU, Erciyes Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - ardab@erciyes.edu.tr
- Öğr. Gör. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - ebalci@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN, Erciyes Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - iskender@erciyes.edu.tr

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ 15- 49 KADIN TT / TD AŞILAMA VE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNE ULAŞMADA BİR ENGEL MİDİR?****İbrahim KORUK, Zeynep ŞİMŞEK****Giriş ve Amaç**

Araştırma, kesitsel tiptedir ve Şanlıurfa Ertuğrulgazi Sağlık Ocağı bölgesinde mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadığı bir bölgede Kasım 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma bölgesi, 22 sokak ve ETF nüfusuna göre 4669 kişiden oluşmaktadır. Seçilen bölgedeki 341 hane tek tek ziyaret edilerek evde bulunan tüm 15-49 yaş grubundaki toplam 828 kadınla görüşülmüştür. Araştırmaya katılım % 96.0 olmuştur. Veri toplamada, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği "Lot Quality Coverage Survey" de kullanılan Kadın Tetanoz Toxoid Aşılama Formu ve Aşılama Başarısızlığı Nedenleri Formu bazı değişkenler eklenerek kullanılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılmıştır

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma, kesitsel tiptedir ve Şanlıurfa Ertuğrulgazi Sağlık Ocağı bölgesinde mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadığı bir bölgede Kasım 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma bölgesi, 22 sokak ve ETF nüfusuna göre 4669 kişiden oluşmaktadır. Seçilen bölgedeki 341 hane tek tek ziyaret edilerek evde bulunan tüm 15-49 yaş grubundaki toplam 828 kadınla görüşülmüştür. Araştırmaya katılım % 96.0 olmuştur. Veri toplamada, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği "Lot Quality Coverage Survey" de kullanılan Kadın Tetanoz Toxoid Aşılama Formu ve Aşılama Başarısızlığı Nedenleri Formu bazı değişkenler eklenerek kullanılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılmıştır

**Bulgular**

Kadınların yaş ortalaması 27.5±9.3, hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 8.9±3.1 dir. Kadınların %70.0'ı mevsimlik tarım işçisidir. %20.8'inin sosyal güvencesi yoktur, %81.1'i okur yazar değildir ve %65.6'sı evlidir. Evli ve doğum yapmış kadınların %47.1'i son gebeliğinde sağlık personeli tarafından izlenmemiştir ve %42.5'i son doğumunu sağlık personeli yardımı olmadan evde yapmıştır. Kadınlardan %25.2'sinin aşı kartı vardır. Kadınların, % 20.0'ı hiç aşılanmamış, %80'si 1 doz, % 48.1'i 2 doz, %19.4'ü 3 doz, %4.5'i 4 doz, %1.8'i 5 doz TT/Td ile aşılanmıştır. Kadınların aşılanmadaki başarısızlığı ile ilgili olarak belirttikleri en sık ilk üç neden sırası ile: TT/Td aşısından habersiz olmak (% 35.3), yan etkilerinden korkmak (% 16.3), mevsimlik tarım işçisi olarak tarlada bulunmaktır (% 11.8), 2 doz TT/Td yaptırmama, mevsimlik tarım işçisi olanlarda % 55.7 iken olmayanlarda % 43.1'dir (Kikare=10.45 P=0.001).

**Sonuç**

Kadınlarda doğum öncesi bakım hizmetlerine ulaşamama ve kullanmama hala önemli bir sorundur ve evde gerçekleşen doğumlar oldukça yüksektir. Bu durumda tetanoz aşılması daha da önemli hale gelmektedir. Mevsimlik tarım işçiliği, gerek rutin gerekse kampanya aşılamalarında başarısızlığa neden olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Mevsimlik tarım işçisi, kadın, tetanoz, aşı, doğum öncesi bakım

• Yrd. Doç. Dr. İbrahim Koruk, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ibrahimkoruk@yahoo.com

• Doç. Dr. Zeynep Şimşek, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - zsimsek@harran.edu.tr

## ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KUŞ GRİBİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

**Ö. TERZİ, S. CANBAZ, Y. PEKŞEN**

### Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı felaket senaryosuna göre, olası bir kuş gribi salgınında tüm dünyada çok kısa bir zaman dilimi içinde 233 milyon hasta polikliniklere başvuracak ve 7.4 milyon vakada ölüm gerçekleşeceği bildirilmektedir. Ülkemizin, özellikle de Samsun ilinin, yabani kuşların göç yolları üzerinde olması ve 2005-2007 yıllarında kuş gribi vakalarının görülmesi göz önüne alındığında, bu salgından büyük oranda etkileneceği ön görülmektedir. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMUTF) son sınıf öğrencilerinin kuş gribi konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, 1-30 Mayıs 2008 tarihleri arasında, OMUTF Hastanesinde öğrenim gören 214 son sınıf öğrencisinden araştırmaya katılmayı kabul eden 175 (%81.7) öğrenci alınmıştır. Öğrencilere kuş gribi hastalığının etkeni, etkenin grubu, bulaş yolları, risk grupları, hastalığın belirtileri, tedavisi, korunma yolları ve bilgi kaynakları konusunda sorular içeren anket formu uygulanmıştır.

### Bulgular

Öğrencilerin 79 (%45.1)'u kadın, 96 (%54.9)'sı erkek ve yaş ortalamaları  $24.6 \pm 1.1$  yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların kuş gribi etkenini doğru bilme oranı % 73.7, etkenin grubunu bilme oranı ise % 55.3 olup; virüsün bulaşma yolunu, hastalığın risk gruplarını ve alınması gereken önlemleri doğru bilme puan ortalamaları ise sırasıyla  $6.5 \pm 1.7$ ,  $5.7 \pm 1.7$  ve  $6.7 \pm 1.1$  olarak saptanmıştır. Öğrencilerin % 56.4'ü hastalığın tedavisini doğru olarak bilmesine rağmen, %33.5'i grip aşısı yaptırmanın kuş gribine karşı koruyucu olduğunu belirtmiştir. Kuş gribi hakkında bilgi edinme kaynağı olarak %74.2'si televizyon, %46.8'i gazete/dergiler ve %36'sı internet olduğunu ifade etmişlerdir.

### Sonuç

Çalışma sonucunda OMUTF son sınıf öğrencilerinin kuş gribi hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Gelecek yıllarda olası salgınlara neden olacak veya önemli sağlık sorunlarına yol açacak bu tip güncel hastalıkların, tıp fakültesi öğrencilerinin, ders programına konularak doğru kaynaklardan yeterli bilgi almaları sağlanmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Kuş gribi, bilgi düzeyi, tıp fakültesi, son sınıf öğrencisi

- Arş. Gör. Dr. ÖZLEM TERZİ. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAğLIğI A.D. - ozlemzelterzi@hotmail.com
- Doç. Dr. SEVGİ CANBAZ. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - sevgic@omu.edu.tr
- Prof. Dr. YILDIZ PEKŞEN. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - ypeksen@omu.edu.tr



**ŞANLIURFA İL MERKEZİNDEKİ BERBER VE KUAFÖRLERDE HBV VE HCV SEROPREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ****İ. KORUK, S. TEKİN KORUK, B. GÜRSOY, C. ÇALIŞIR, F. YÜKSEL, F. YILDIZ ZEYREK, Z. ŞİMŞEK****Giriş ve Amaç**

Hepatit B (HBV) ve hepatit C virüs (HCV) enfeksiyonları gerek yaygınlığından gerekse kronikleşmesinden dolayı halen tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gerekli önlemlerin alınabilmesi için, risk gruplarının ve bulaşma yollarının tespiti edilmesi önemlidir. Berber ve kuaförler, meslek icrası sırasında kullandıkları ustura vb aletleri ile hem kendilerinde hem de müşterilerinde kesiklere neden olarak kan teması sonucu Hepatit B ya da Hepatit C hastalığının bulaşmasına neden olabilmektedirler. Bu çalışmada Hepatit B ve Hepatit C yönünden mesleki risk grubu olduğuna düşündüğümüz berber ve kuaförlerde Hepatit B ve Hepatit C seroprevalansını ve risk faktörlerini saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel bir araştırmadır. Şanlıurfa İli Berber ve Kuaförler Odası'na kayıtlı 794 usta, kalfa ve çırak araştırmamın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya katılım %70,6 (n=561) olmuştur. Araştırma, Nisan 2008 - Mayıs 2008 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Berber ve Kuaförler Odasında yapılmıştır. Önce hazırlanan anket uygulanmış daha sonra 5cc venöz kan alınmış ve ELİSA yöntemi ile değerlendirilmiştir. HBV taşıyıcılığı, HBsAg pozitifliği ile HCV taşıyıcılığı anti-HCV pozitifliği ile belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler: HBV taşıyıcılığı ve HCV taşıyıcılığıdır. Bağımsız değişkenler: Yaş, öğrenim düzeyi, geçirilmiş sarılık öyküsü, ailede sarılık öyküsü, ortak tırnak makası kullanmak, diş çektirmek, ustura ile tıraş olmak, ameliyat geçirmek, sünnet olmak, ortak diş fırçası kullanmak, kulak kestirmek, kan transfüzyonu öyküsü ,dövme yaptırmaktır. İstatistiksel analizlerle student t testi ve ki kare kullanılmıştır.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan 561 kişinin %83,4'ü erkek, %16,6'sı kadındı. Yaş ortalaması kadınlarda 23,2±5,6, erkeklerde 26,9±7,5 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların eğitim durumları değerlendirildiğinde: %0,9'u okur-yazar değil, %0,9'u okur-yazar, %33,7'si ilkokul, %48,5'i ortaokul, %13,9'u lise mezunu ve %1,1'i yüksekokul mezunu idi. Berber ve kuaförlerde 3 doz hepatit B aşısı olanlar %17,7 dir. Berber ve kuaförlerde HBsAg pozitifliği %3,4 (n=19) ve anti-HCV pozitifliği %0,9 (n=4) olarak saptanmıştır. Hepatit bulaşması yönünden risk faktörleri değerlendirildiğinde: katılanların %5,9'unda geçirilmiş sarılık öyküsü olduğu bulunmuştur. Sarılık öyküsü olanlarda (%15,2) olmayanlara göre HBsAg pozitifliği daha yüksek saptanmıştır (Ki kare=11,25 p=0,01). Hem HBsAg pozitif olanlar hem de anti-HCV pozitif olanlar bu enfeksiyonları taşımayanlara göre daha ileri yaşta (sırası ile t=2,33 p=0,03 ve t=3,93 p= 0,000)

**Sonuç**

Berber ve kuaförlerdeki HBV ve HCV seropozitifliği sırası ile %3,4 ve %0,9'dur. Bu değerler toplumda gözlenen sıklıktan daha fazla değildir. Üç doz Hepatit B aşısı olma durumu %17,7 dir ve düşük bulunmuştur. Gerek aşılama gerekse hastalığın bulaşma yolları konusunda, sağlık müdürlükleri ile berber ve kuaför oda başkanlıkları koordinasyonunda eğitim ve aşılama çalışmaları yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Berber, Hepatit B, Hepatit C, seroprevalans

- Yrd. Doç. Dr. İbrahim Koruk, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ibrahimkoruk@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Süda Tekin Koruk, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları A.D.
- Öğr. Gör. Dr. Bensu Gürsoy, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları A.D.
- Arş. Gör. Dr. Celal Çalışır, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları A.D.
- Arş. Gör. Dr. Fehmi Yüksel, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A.D.
- Doç. Dr. Zeynep Şimşek, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - zsimsek@harran.edu.tr

## ZONGULDAK İLİ MERKEZ İLÇESİNDE BAĞIŞIKLAMA HİZMETİ VEREN 1. BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA SOĞUK ZİNCİRİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ DURUMU

**Ö. SEKRETER, S. KIRAN, M. A. KURÇER**

### Giriş ve Amaç

Bulaşıcı hastalıkların eradikasyonu ve eliminasyonunda bağışıklama hizmetlerinin etkinliği için, soğuk zincir kurallarına uyulması başarı için sağlanması gereken temel koşullardandır. Soğuk zincir insan ve malzemeden oluşan bir sistemdir. Soğuk zincirin sürekli devamının sağlanabilmesi, aşının imal edildiği andan kullanıldığı ana kadar etkinliğini korumasıyla mümkündür. Çalışmanın amacı: Zonguldak ili merkez ilçe Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 22 sağlık ocağında soğuk zincirin incelenmesi ve sağlık personelinin bilgi düzeyinin değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitseldir. 2005 yılında Zonguldak il merkezinde yer alan 22 sağlık ocağı ve bu sağlık ocaklarında çalışan 163 personelden soğuk zincirde çalışması olan 125 kişi araştırma evrenini oluşturmaktadır. Personel bilgi durumu için 32 soruluk değerlendirilmesinde kişilerin kendilerinin yanıtladığı anket formu kullanıldı. Soğuk zincirin sağlanmasında olmazsa olmaz koşullar olan 26 değişkenli kontrol listesi ile sağlık ocakları yerinde gözlenerek değerlendirilmesiyle veriler elde edildi.

### Bulgular

Sağlık Ocaklarının tamamında buzdolabı ve derece vardı. Tüm buzdolaplarında ısı aralığı +2C / +8C aralığında olduğu saptandı. 10 sağlık ocağında buzdolabında aşilar, sulandırıcılar, dereceler ve miadı dolan aşilar doğru şekilde yerleştirilmişti. Tüm buzdolaplarına kızamık ve OPV aşilar yerleşimleri doğruydu. 16 sağlık ocağında (%72.7) BCG aşısı doğru yerleştirilme oranı en düşüktü.

Soğuk zincirin aksammasına neden olabilecek soğuk zincir malzemelerinde eksiklik olmadığı görüldü. Personel özelliklerine göre bilgi düzeyini etkileyen temel özellikler soğuk zincir konusunda eğitim alma zamanıydı. En önemli özellik olan buzdolabı ısı aralığı tüm buzdolaplarında +2C / +8C aralığında olduğu saptandı. Çalışmaya katılanların %79.2'si aşiların saklanması için önerilen ideal sıcaklığını bildi.

### Sonuç

BCG aşısının en düşük olmasının nedeni, sağlık ocağında uygulamaya giren en son aşı olması ve OPV-Kızamık aşilarının tüm sağlık ocaklarında yerleştirilmesinin nedeni önceki yıllarda aşı kampanyalarının düzenlenmesi olarak düşünöldü. Buzdolabı yerleşim şeması ve soğuk zincir sorumlularının olması, aşiların buzdolabındaki yerleşimini personelin bilgi düzeyi anketlerinden elde edilen sonuçlardan daha iyi olmasını sağlamaktaydı.

### Anahtar Kelimeler

Soğuk zincir, aşı, sağlık ocağı

- Dr. ÖZGÜR SEKRETER, İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BULAŞICI HASTALIKLAR ŞUBESİ - ozgursekreter@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. SİBEL KIRAN, ZKÜ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI - sibelkiran@gmail.com
- Doç. Dr. MEHMET ALİ KURÇER, ZKÜ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI - kurcer@hotmail.com

## BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TEMİZLİK PERSONELİNİN HASTANE ENFEKSİYONLARI İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI

**G. URAL, Ö. KOÇ, S. KAHRAMAN, O. CEYHAN**

**Giriş ve Amaç:** Hastane enfeksiyonu ya da nozokomiyal enfeksiyonlar: hastaların hastaneye başvuru nedeni olmayan, hastaneye başvuru anında inkübasyon döneminde bulunmayan ve hastaneye yatısından 48 saat ya da daha uzun bir süre geçtikten sonra veya bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkan ya da sık poliklinik muayenelerine bağlı olarak gelişen enfeksiyonlardır. Bu araştırma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan temizlik şirketi personelinin hastane enfeksiyonları hakkındaki bilgi düzeylerinin ve yaptıkları uygulamaların saptanması amacıyla yürütülmüştür.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı düzenekte yürütülen bu çalışma; Araştırmanın evrenini Hastane bünyesinde çalışan 310 temizlik şirketi personeli oluşturmaktadır. Araştırma için örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma 01.04.2008 01.06.2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan temizlik elemanlarının yarısı %50'si(155 kişi) eğitim alan, diğer yarısı %50'si(155kisi) eğitim almıyan grup olmak üzere toplam 310 kişiden (%100.0) oluşmuştur. Araştırmaya katılan temizlik elemanlarının Çoğunluğu (% 59.1) erkektir ve erkek bireylerin yaşları 18-25, 26-35, 36 yaş ve üzeri gruplarda homojen olarak dağılmıştır. Öğrenim durumu, çoğunlukla ilkokul ya da lise ve dengi okullardır. Öğrenim düzeyi açısından % 43.4'ü lise ve dengi okullardan mezun olanlardır ve ilk sırayı almaktadır. Hizmet süreleri incelendiğinde, temizlik elemanlarından 18 aydan fazla hastanede çalışanların sayısı 126 iken, %91.7'si daha önce başka hastanede çalışmamıştır. Temizlik elemanlarının el yıkamanın önemini bilmelerine rağmen bunu uygulama sebepleri farklıdır: % 91.7'si ellerine kan bulaştıktan sonra, % 5'i lavaboyu temizledikten sonra, % 2.2'si tuvaletleri temizledikten sonra, %1.1'i çöpleri topladıktan sonra ellerini yıkamaktadırlar. Temizlik elemanlarının % 75.8'i, yer temizliğinde önerilen sıvıyı sabunlu su ya da deterjanlı su olarak kullanmaktadır. Bulaşıcı hastalığa yakalanma riski olan durumu: eğitim alan grup % 59.1 oranında ve eğitim almıyan grup ise % 40.9 oranında "Çalışırken ele sıvri bir cisim batması ya da elin kesilmesi" olarak belirtmiştir. Temizlik elemanlarının BRSHH Hastanesinde çalıştığı süre içerisinde hastane enfeksiyonu geçiren kişi sayısının 10 (% 3.2) olması, hastane için hastane enfeksiyonunun bir risk olmadığını göstermektedir. Erkek temizlik elemanlarının sorulara daha fazla doğru yanıtlar vermesi, erkeklerin "ev geçindirme" rollerinden dolayı sorumluluk anlayışlarının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Tüm temizlik elemanların eğitim durumları yükseldikçe doğru yanıt ortalaması da yükselmektedir. ( $\chi^2=125.4$ ,  $p>0.05$ ) Temizlik elemanlarının ise alınması sırasında eğitim düzeylerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Temizlik elemanlarının mesleki deneyimi ile doğru yanıt oranları arasında ters orantılı bir ilişki gözlenmiştir ( $\chi^2=148.7$ ,  $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Bu bulgular ve grubun eğitim seviyesinin düşüklüğü bize, toplumumuzda meslek sahibi olmayan ya da is bulamıyan kişilerin temizlik işleri yapmayı tercih ettiklerini göstermektedir. Daha önce is deneyimi olmayan grubun hayatlarını sürdürmelerini ve yapabilecekleri başka bir is olmadığını için işlerine önem verdiklerini göstermektedir. Toz bez, paşpas gibi malzemelerin ıslak olarak uzun süre bekletilmesinin getireceği sakıncaları ve ameliyathaneye giren kişilerin ayaklarına "galoş" giyme sebeplerini eğitim alan ve eğitim almıyan temizlik elemanlarının büyük bir çoğunluğunun doğru yanıtları vermesi bize temizlik elemanlarının çalıştığı servislerdeki başhemsirelerin ve temizlik ekibi şeflerinin yönetsel ve eğitsel denetimlerini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Temizlik Personeli, Hastane, Enfeksiyon

- Dr. GÜRKAN URAL, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - gurkanural@yahoo.com
- ÖZLEM KOÇ, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - ozlemkoc@bakirkoyruhsinir.gov.tr
- SEVAL KAHRAMAN, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - paramedikseval@hotmail.com
- Prof. Dr. OSMAN CEYHAN, T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Kayseri - oscey@erciyes.edu.tr

**BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTANE ENFEKSİYONLARI VE KONTROLÜ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI****G. URAL, S. KAHRAMAN, Ö. KOÇ, O. CEYHAN****Giriş ve Amaç**

Hastaneye yatış öncesinde primer hastalığı dışında herhangi bir enfeksiyon bulgusu olmayan, yatıştan sonra ortaya çıkan enfeksiyon belirtilerine hastane enfeksiyonu denir. Hastane enfeksiyonlarının hastaneye yatıştan 72 saat sonra ortaya çıkması ve hastaneye yatan hastaların %10'unda görülmesi bu tür enfeksiyonlarda sağlık personelinin rolünü daha da arttırmaktadır. Bu araştırmanın amacı; BRSHH'si yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin hastane enfeksiyonları ve kontrolü konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Amacına göre tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma da; Araştırmanın evrenini Hastane yoğun bakım üniteleri (beyin cerrahisi, nöroloji ve AMATEM)bünyesinde çalışan 42 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma için örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma 01.05.2008 15.05.2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket ve yüzyüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. İstatistiki analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 25 ve üzeridir. Hemşirelerin yüzde 14'ü sağlık koleji, yüzde 44.5'i üniversite mezunu olup, hizmet yılları genelde 5 ile 20 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin yüzde 90.4'ü iğne gibi kan ve kan ürünleriyle bati cisimleri iğne şişesine attıklarını ifade etmişlerdir. Yüzde 61.2'si invaziv girişimlerde eldiven kullanmaktadırlar. Yüzde 35.8'i her girişimde eldiven kullanmaktadırlar. Yüzde 88.8 oranında hemşire forma ve ayakkabılarını hastane dışında kullanmamaktadır. Hemşirelerin yüzde 18.2'sinin ellerini gerekli gördüğü durumlarda yıkadığı saptanmıştır.

**Sonuç**

Bu araştırma sonucun da BRSHH'si yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yüzde 45.2'sinin enfeksiyon kontrolü hakkında eğitim almadığını ortaya çıkarmıştır. Hemşirelerin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi yetersizliğinin telafi edilmesi gerekmektedir bu nedenle yapılacak hizmetiçi eğitimlerle bilgi düzeylerinin artırılması, çalışma ortamında korunma için gerekli malzemelerin sağlanması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Hemşire, Hastane, Yoğun Bakım, Enfeksiyon

- Dr. GÜRKAN URAL. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - gurkanural@yahoo.com
- SEVAL KAHRAMAN, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - paramedikseval@hotmail.com
- ÖZLEM KOÇ. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - ozlemkoc@bakirkoyruhsinir.gov.tr
- Prof. Dr. OSMAN CEYHAN . T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Kayseri - oscey@erciyes.edu.tr

**PROFESYONEL TEMİZLİK FİRMALARININ CIVA TEMİZLİĞİ YAKLAŞIMLARINA YÖNELİK BİR ÇALIŞMA****Derya CAMUR, Songül A.VAİZOĞLU, Çağatay GÜLER****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma ev temizliği işi de yapan bazı temizlik firmalarının, evde cıva saçılımı olduğunda yapılacak müdahale konusundaki bilgilerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmada internetten iletişim bilgilerine ulaşılan, Ankara'da 12, İstanbul'da 15, İzmir'de 4, toplam 31 temizlik firması telefonla aranarak, belirlenmiş olan standart soru ilgili kişiye yöneltilmiştir. Standart soru: "Evde tansiyon aleti kırıldı. İçindeki cıva duvardan duvara döşeli olan halıya döküldü. Bunu temizlemek istiyoruz. Siz yapabilir misiniz? Nasıl yaparsınız? Daha önce böyle bir durumla karşılaştınız mı?". Görüşülen kişilere olayın yeni olduğu ve hiçbir müdahale yapılmadığı söylenmiştir.

**Bulgular**

Ankara'da üç, İstanbul'da beş, İzmir'de bir, toplam dokuz firma daha önce cıva temizliği yaptığını, diğer 23 firma (%28.1) daha önce böyle bir durumla karşılaşmadığını ifade etmiştir. Görüşülen kişilerden "Cıva nedir?", "Cıva bulaşıcı bir hastalık mı?" sorularını yöneltilenler olmuştur. Bu kişilere cıvanın gümüş renkli, oda ısısında sıvı halde bir metal olduğu ve tansiyon aleti içinde bulunduğu açıklandıktan sonra görüşmeye devam edilmiştir. Firmalardan bir tanesi hariç tamamı konuya "lekeyi çıkartmak" açısından yaklaşmıştır. Temizlik firmalarının 27 tanesi (%84.4) değişik yöntemlerle halıyı temizleyebileceğini, 4 tanesi (%4.0) lekeyi çıkaracak bir yöntem olmadığı için yardımcı olamayacağını söylemiştir. Sadece bir firma tarafından cıvanın zararlı bir madde olduğu, halının atılması gerektiği biçiminde doğru danışmanlık verilmiştir.

**Sonuç**

Çalışma az sayıda temizlik firması ile yapılmış olmakla birlikte, temizlik işi yapan firmaların cıvanın zararlı etkileri konusunda bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Oysa profesyonel olarak temizlik işi yapıyor olmaları, toplumda doğru uygulamaları bildikleri yönünde bir güvene yol açabilir. Ancak görüldüğü gibi, profesyonellik, bu konuda bir standartı beraberinde getirmemektedir. Temizlik firmaları cıvanın sağlık etkileri konusunda uyarılmalı ve bu konuda hizmet sunumu için elemanlarını eğitmeleri sağlanmalıdır. Bu nedenle, temizlik firması çalışanları için cıva ile ilgili bir eğitimin zorunlu hale getirilmesi uygun bir başlangıç adımı olacaktır. Konuyla ilgili hazırlanacak el kitapları eğitimlerde kullanılabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından bu konuda düzenlenecek bir eğitim programı halk sağlığı açısından önemli katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Cıva, cıva saçılımı, temizlik firması

- Uzm. Dr. Derya CAMUR, Kırşehir Sağlık Müdürlüğü - drderyacamur@yahoo.com
- Doç. Dr. Songül A. VAİZOĞLU, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Çağatay GÜLER, HÜTF Halk Sağlığı A.D.

## ANKARA'DA BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA ÖĞRENCİLERİN BİLGİSAYAR, İNTERNET KULLANMA ÖZELLİKLERİ VE GÜVENLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Songül VAİZOĞLU, Fehminaz TEMEL, Leman AKCAN, Laden JAFARİ, Sait ERTUĞRUL

### Giriş ve Amaç

İnternet kullanımı ve çocukların zararlı içerikli yayınlardan etkilenme durumlarını ortaya koymaya yönelik yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada ilköğretim öğrencilerinde bilgisayar ve internet kullanım özelliklerinin ve güvenliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Ankara'da bir ilkokulun 3-8. sınıf öğrencilerine bilgisayar kullanım özellikleri ve güvenliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı çalışmada, 37 soruluk bir anket (sosyodemografik özellikler, bilgisayar ve internet kullanım özellikleri) gözlem altında uygulanmıştır. Veriler SPSS programı ile değerlendirilmiş, analizlerde yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Öğrencilerin (271 öğrenci) yaş ortalaması  $11.6 \pm 1.6$  yıldır (Ortanca=11.0 Min-Max=9-16). Yüzde 89.7'si bilgisayar, %77.8'i internet kullanmakta, %72.2'sinin evinde bilgisayar, bunların da %72.9'unda internet erişimi bulunmaktadır. Evlerinde bilgisayar bulunan öğrencilerin %67'si her istediğinde bilgisayar kullandığını belirtmiş, kullanamayan öğrencilerin kısıtlama nedenleri arasında izin verilmemesi (%42.1), "Dersler/OKS" (%40.4), "Başkasının kullanması (%17.5) belirtilmiştir. İsteddiği internet sitesine ulaşamayan öğrencilerin ulaşamama nedenleri filtre programı kullanılması (%55.0) ve ailenin izin vermemesidir (%45.0). Öğrencilerin %49.1'i internette istemeden karşılaştıkları siteler olduğunu, bunların %85.2'sinin cinsel içerikli siteler olduğunu belirtmiştir.

Bilgisayar kullanma süresi ortalama  $2.0 \pm 1.6$  gün, kullanma amacı ödev yapmak (%86.5), oyun oynamak (%84.4), müzik dinlemektir (%74.6). Oynanan oyunlar arasında şiddet içerikli oyunların ön plana çıktığı, bu oyunların erkek öğrenciler tarafından daha sık oynandığı saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Öğrencilerin %47.7'si internette düşündüklerinden daha uzun süre kaldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %28.8'inin internette tanıştığı bir arkadaşı vardır, %17.9'u bu kişilerle görüşmektedir.

### Sonuç

Bu ilkokulda öğrenci velilerine bilgisayar ve interneti doğru kullanmaya ve internet güvenliğine yönelik eğitimlerin verilmesi, ailelerin öğrencileri denetleyebilecek yetkinliğe ulaşabilmeleri açısından gereklidir. Özellikle küçük çocukların istenmeyen sitelerle karşılaşmasını önlemek için filtre programları ile ilgili olarak aileler bilgilendirilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

İnternet, Bilgisayar, Kısıtlama, Güvenlik, İlköğretim öğrencileri

- Doç. Dr. Songül VAİZOĞLU, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - sacar@hacettepe.edu.tr
- Üzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - fehmnaz@yahoo.com
- Dr. Leman AKCAN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

**AYDIN MERKEZİNDE YAŞAYANLARIN, EVDE KULLANILAN TEMİZLİK MADDELERİNE YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****E. D. EVCİ, F. DEMİRKIRAN, S. MEMİŞ, S. SARIGÜN, M. A. BİLGEN, M. ÖNDE, E. BEŞER****Giriş ve Amaç**

Çalışmanın amacı, Aydın Merkezi'nde yaşayanların evde kullanılan temizlik maddeleri tercihlerinde dikkat ettikleri özellikleri, saklama koşullarını tespit etmek ve zehirlenme durumlarında bilgi, tutum ve davranış özelliklerini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki araştırmanın verileri Ekim 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında, yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, Aydın İl Merkezi'ndeki 20 yaş ve üzeri kişilerin oturdukları haneler oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü, 0.05 hata düzeyinde %50 prevalans tahminine göre 384 olarak belirlenmiş, desen etkisi 1.5 alınarak, %20 yedek ile toplam 691 haneye ulaşılması hedeflenmiştir. Çok aşamalı küme örnekleme ile sağlık ocağı ETF'lerinden çalışmaya katılacak haneler belirlenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

**Bulgular**

Örneklemin %87.3'üne ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 39,36±11,35 olup, %93.2'si kadın ve %77.3'ü ev hanımıdır. Araştırmaya katılanların %88.2'si temizlik maddelerini marketten, %4.3'ü temizlik malzemesi satan dükkanlardan, %3.2'si bakkaldan almaktadır. Temizlik malzemesi alırken öncelikle dikkat edilen özellikler arasında %34.2 ile fiyat, %21.0 ile kalite, %20.0 ile marka yer almaktadır. Temizlik malzemelerinin zararları arasında akla gelen ilk üç özellik %42.1 ile zehirlenme, %14.0 ile cilt tahrişi, %6.6 ile solunum sıkıntısıdır. Araştırmaya katılanların %14.4'ü daha önce evlerinde temizlik maddelerinden kaynaklanan zehirlenme yaşadığını belirtmiş, bunların %69.0'ı kendisinin, %18.4'ü çocuğunun zehirlendiğini belirtmiştir. Zehirlenme olduğunda çocukların %87.5'inin yaşı 6 yaş ve altındadır. Zehirlenme durumu ile karşılaşan kişilerin %75.0'ı hastaneye giderek, %18.7 ile kusturarak ve %6.3 yoğurt yedirerek ilk müdahaleyi yapmıştır. Çalışmaya katılanların %83.1'inin banyosunda, %55.7'sinin mutfağında, %7.2'sinin tuvaletinde temizlik malzemeleri bulunmaktadır. Evde 6 yaşından küçük çocuğu olanların %45.8'inin evde temizlik maddelerinin muhafaza edildiği yerler, çocukların ulaşabileceği yükseklikte bulunmaktadır.

**Sonuç**

Evde kullanılan temizlik maddeleri, insan sağlığı, özellikle de çocuk çevre sağlığı açısından önem taşıdığı gibi, içerdiği kimyasallar nedeniyle ev kazaları için risk oluşturmaktadır. Özellikle 6 yaş ve altı çocuklar risk altındadır. Ailelerin ev temizlik maddelerinin kullanımı ve saklama koşulları hakkında bilinçlendirilmesi, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gereklidir.

**Anahtar Kelimeler**

Temizlik maddeleri, zehirlenme, çevre sağlığı.

- Doç. Dr. Emine Didem Evcı, ADÜTF Halk Sağlığı A.D. - deveci@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Fatma Demirkıran, ADÜ Sağlık Yüksekokulu - demkr\_fat@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Sakine Memiş, ADÜ Sağlık Yüksekokulu - smemis@adu.edu.tr
- Saadet Sarıgün, ADÜ Sağlık Yüksekokulu - aysel\_efe@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Mehmet Ali Bilgen, ADÜTF Halk Sağlığı A.D. - mehmetalibilgen@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Mete Önde, ADÜTF Halk Sağlığı A.D. - meteonde@yahoo.com.tr
- Prof. Dr. Erdal Beşer, ADÜTF Halk Sağlığı A.D. - besererdal@yahoo.com

**BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA 6., 7. ve 8. SINIFLARDA OKUYAN ÖĞRENCİLERİN SU SAVURGANLIĞINA İLİŞKİN BİLGİ ve UYGULAMALARI (Ankara, 2007)**

**Derya ÇAMUR, Songül A. VAİZOĞLU, Denizhan BAĞRUL, Ali ALİYEYEV, Mehmet KARACA, Ahmet KOKURCAN, Dilek KALKAN, Çağatay GÜLER**

**Giriş ve Amaç**

Bir ilköğretim okulunda 6., 7. ve 8. sınıflarda okuyan öğrencilerin su savurganlığına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma kesitsel tiptedir. Toplam 209 öğrenciden 188'ine (kapsayıcılık %90) ulaşılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan iki ayrı anket formu ile aynı gün, tek ders saati içinde, gözlem altında toplanmıştır. Anket 1'deki açık uçlu sorular yanıtlandıktan sonra, aynı soruların kapalı formlarından oluşan Anket 2 uygulanmıştır. Katılımcılara daha az su harcamaya yönelik bazı kişisel ve genel uygulamalar hakkındaki (el yıkama, diş fırçalama, meyve sebze yıkama, bulaşıkları temizleme vb. sırasında) bilgi ve tutumları sorulmuştur.

**Bulgular**

Öğrencilerin yaş ortalaması 12,8±1,0 olup %59,0'u erkektir. Her üç sınıftaki öğrenci sayısı birbirine benzerdir. Katılımcıların %94,0'ı daha önce su savurganlığı konusunda bilgi almıştır. İlk sıradaki bilgi kaynağı televizyondur (%86,4). Okul %67,2 sıklıkla 3. sıradadır. Öğrencilerin %37,8'inin ev tuvaletlerinde çöp kutusu yoktur. Önemli bir su savurganlığı nedeni olan "tuvalette çöp atarak sifona basma davranışı" bu kişilerde, ev tuvaletlerinde çöp kutusu olanlara göre daha sık gözlenmektedir (p=0,009). Sorulara verilen doğru yanıt sıklığı açık uçlu sorularda %8,0-%98,4, kapalı uçlu sorularda ise %52,1-%100,0 arasında değişmektedir. "Daha az su harcamak için ellerinizi yıkarken ne yaparsınız?" sorusuna katılımcıların %48,4'ü doğru yanıt vermişken, bu soru kapalı uçlu sorulduğunda doğru yanıt sıklığı %87,2'e yükselmiştir. Açık uçlu sorulara daha önce bu konuda bilgi alanlar, üst sınıfta okuyanlar ve kadınlar daha fazla doğru yanıt vermiştir (p<0,05).

**Sonuç**

Öğrencilerin kişisel uygulamalarda su savurganlığı önlemeye yönelik uygulamaları daha iyi bildikleri, buna karşın genel uygulamalar konusunda daha az bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin su savurganlığı konusunda ilk sıradaki bilgi kaynağı okul olmalıdır. Su savurganlığını önlemeye yönelik bilgilerin uygulamaya dönüşebilmesi için, okullarda özendirici programlar uygulanmalıdır. Tuvalette çöp kutusu bulundurulması gereksiz su harcanmasını azaltacak önemli bir uygulamadır. Bu çalışmada aynı sorular kapalı uçlu sorulduğunda, doğru yanıtlar artmıştır. Bu nedenle özellikle bilgiyi ölçmeyi amaçlayan çalışmalarda, kapalı uçlu yerine açık uçlu soruların kullanılması daha uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

İlköğretim öğrencileri, su savurganlığı, bilgi, tutum.

- Uzm.Dr. Derya ÇAMUR, Kırşehir Sağlık Müdürlüğü - drderyacamur@yahoo.com
- Doç. Dr. Songül A.VAİZOĞLU, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Denizhan BAĞRUL, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Ali ALİYEYEV, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Mehmet KARACA, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Ahmet KOKURCAN, HÜTF Halk Sağlığı A.D.



## BİR KAPALI ORTAM OLARAK OTOMOBİLLER

**Bekir KAPLAN, Songül ACAR VAİZOĞLU**

### Giriş ve Amaç

Bu derlemedeki amacımız bir kapalı ortam olan otomobillerdeki zararlı kimyasal bileşiklere ve bunların sağlık üzerine etkisine dikkat çekmektir.

### Gereç ve Yöntem

Konu ile ilgili literatür taraması yapılarak bilgilere ulaşılmıştır

### Bulgular

İnsanların zamanlarını geçirdiği kapalı ortamlar arasında ev, işyeri, alışveriş merkezleri, spor salonları, tren, uçak otomobiller bulunmaktadır. ABD’de yapılan bir araştırmada Amerika’da yaşayan insanların büyük çoğunluğunun günde yaklaşık 100 dakikalarını arabalarında geçirdikleri belirlenmiştir.

Arabalarda emniyet kemeri ve hava yastığı dışında başka güvenlik sorunları bulunmakta ve bu sorunlar arabaya girer girmez kişileri etkileyebilmektedir. Koltuklar, döşemeler, kol ve baş yastıkları, yer döşemesi, aksesuarlar ve plastikten yapılmış parçalar bu tehlikelerin arasında sayılabilir.

Yapılan çalışmalarda araba içlerinde çok sayıda toksik kimyasal konsantrasyonunun evlerde ve işyerlerinde ölçülenlerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Otomobiller kendilerine has özellikleri olan mikroçevrelerdir. Evlerde ve ofislerde ölçülen sıcaklık değerleri yazın 23-26°C arasında değişmekte iken otomobillerin içlerinde 89-120°C’ye varan sıcaklık değerleri ölçülmüştür.

Bir Japon firması yeni üretilmiş arabaların içinde 160’tan fazla Uçucu Organik Bileşik (UOB) saptamıştır. Firma arabaların üretiminden 3 yıl sonra bile toplam yaz aylarında UOB konsantrasyonunun önerilen sınır değerleri aştığını belirlemiştir. Bu kirleticilerden bazıları formaldehit, toluen, ksilen, etil benzen ve styrendir. Plastiklerde bulunan ftalatlar da çok yüksek konsantrasyonlara ulaşabilmektedir. Diğer bir grup kirletici olan Poli Bromlu Difenil Esterleri (PBDE), güneşte parçalanarak özellikle sıcak mevsimlerde arabaların içinde daha yüksek konsantrasyonlara ulaşabilir.

PBDE’lerin düşük düzeylerinin hafıza, öğrenme ve davranış bozukluklarına, adaptasyon sorununa, endokrin hasarına neden olabileceği ve beyne kalıcı toksik etkisi olabileceğini gösteren laboratuvar çalışmaları bulunmaktadır. Arabalarda benzen (dış ortamdakinden 18 kat yüksek olabilmekte), CO (Dış ortamdaki 8 kat fazla olabilmekte), azot dioksit, dizel isi, ince partiküller de önemli sağlık sorunları yaratabilmektedir.

### Sonuç

Arabalarda bulunan kapalı ortam kirleticilerini belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmalıdır. PBDE ve ftalatlar etkilenimini azaltmak için üreticiler; kimyasal olmayan alternatif malzemeler ya da daha az toksik olan kimyasallar kullanabilirler. Tüketiciler ise arabaların gölge alanlara park edebilir ve güneşlik kullanabilirler. Arabaya binmeden önce pencerelerin açılıp havalandırılması da önerilmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Araba, Zararlı Kimyasallar

- Arş. Gör. Dr. Bekir KAPLAN, Hacettepe Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. - bekaplan@hacettepe.edu.tr
- Doç. Dr. Songül ACAR VAİZOĞLU, Hacettepe Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. - sacar@hacettepe.edu.tr

**ÇANAKKALE İLİNDE İNSAN SAĞLIĞINI TEHDİT EDEN ÇEVRE SORUNLARI****C. BAKAR, F. ARMUTÇU****Giriş ve Amaç**

Çanakkale bakir kalabilmiş ormanları ve nispeten yavaş sanayileşme hızı ile çevre dokusunu korumuş olmasına rağmen önemli sorunlara sahiptir. Bu çalışmanın amacı, mevcut verilere dayanarak, Çanakkale İlinde insan sağlığına etki eden çevre sorunlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırmanın verileri yazılı izinle İl Çevre ve Orman Müdürlüğü, Çanakkale Belediyesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilmiştir.

**Bulgular**

En önemli sorunlardan biri hava kirliliği olup, kış aylarında havadaki küllük dioksit miktarının sağlığı tehdit edecek düzeylere kadar yükseldiği gözlenmektedir (Şubat Ayı değeri: 212 g/m<sup>3</sup>). 2004 ve 2006 yılları arasında Çanakkale Devlet Hastanesi'ndeki ölüm nedenlerine bakıldığında kronik solunum sistemi hastalıklarının önde gelen ölüm nedenleri arasında yer aldığı gözlenmiştir. 2006-2007 yıllarında Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastalıkların dağılımı incelendiğinde; kış aylarında solunum sistemi hastalıklarının oranının yükseldiği görülmektedir. Ancak eldeki verilerle bu durum arasında bir ilişki kurmak mümkün değildir.

Su analizi verileri özellikle kırsal bölgelerde mikrobiyolojik ve kimyasal kirlilik açısından sorunlar olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca yapılan bilimsel çalışmalarda yeraltı sularının kimyasal olarak kirlendiğine işaret eden bulgulara rastlanmaktadır. Bu araştırmalarda yeraltı sularında arsenik ve alüminyum miktarları olması gereken düzeylerin oldukça üzerinde bulunmuştur. Net bir ilişki kurulması mümkün olmamakla birlikte yaz aylarında Devlet Hastanesi'nde tedavi gören barsak enfeksiyonları oranında artışlar olduğu gözlenmektedir. Deniz suyu analizlerinde birkaç ölçüm dışında kirliliği gösterecek bulguya rastlanmamıştır. Ancak bölgenin coğrafi özelliği dolayısıyla bu durumun dikkatli olarak izlenmesi gerekmektedir.

Toprak kirliliğine yönelik olarak net bir veriye rastlanmamış ise de, çöplük alanları, tarımsal faaliyetleri ve sanayi tesislerinin yaratabileceği riskler düşünülmektedir. Gürültü kirliliğine yönelik yapılan ölçümler sorunun tehlikeli boyutlarda olmadığını düşündürmektedir.

**Sonuç**

Çanakkale ili son zamanlarda maden arama faaliyetleri ile ulusal kamuoyunun da gündeminde yer almaktadır. Ancak bu durumun sağlığa olan etkileri konusunda nesnel bilgiye sahibi değiliz.

Çanakkale'nin çevre sağlığına yönelik en önemli sorunu, yaşanan problemlerin insan sağlığına etkileri konusunda kanıtı dayalı bilgimizin olmamasıdır. Bu sorunun ortadan kaldırılması güçlü kayıt sistemlerinin yanı sıra, izlem çalışmalarının planlanması ile mümkün olacaktır.

Ekonomik gelişme ve sanayi yatırımlarına paralel hızlı nüfus artışı ve çarpık kentleşme gibi sorunlar ile birlikte ele alınacak olursa Çanakkale'nin çevre sorunları, özellikle; yerel yönetim, kamu kurumları, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve üniversite işbirliği kapsamında kısa ve uzun vadeli çözümler üretilmesini gerektirmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Çanakkale, Çevre, Su, Hava, Toprak

(Bu çalışma 05-06 Haziran 2008 tarihleri arasında yapılan Çanakkale Kenti Çevre Sorunları Sempozyumu'nda Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.)

° Yrd. Doç. Dr. Coşkun Bakar, Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı, 17100, Çanakkale - coskunb@comu.edu.tr

° Doç. Dr. Ferah Armutçu, Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Tıp Fak. Biyokimya Ana Bilim Dalı, 17100, Çanakkale - ferah@comu.edu.tr

**GAZİANTEP İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARININ STANDARTLARA UYGUNLUK VE ÇEVRE SAĞLIĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****H. TURAN, N. AYDIN, S. ÖZGÜR****Giriş ve Amaç**

Toplumun geleceğinin güvencesi olan çocukların sağlıklı bir eğitim ve öğretim ortamında yetişmelerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Başarılı ve sağlıklı kuşaklar yetiştirmek için okul binasının ve çevresinin standartlara uygunluğu çok önemlidir.

Bu araştırmada, Gaziantep il merkezindeki ilköğretim okullarının çevre sağlığı durumunun değerlendirilmesi, okulların TSE'nin "TS 9518, Şehir İlkokulları-Genel Kurallar" ve "TS 12014, Çevre Sağlığı-Okullar" standartlarına uygunluğunun saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Gaziantep il merkezinde bulunan tüm ilköğretim okullarında 16 Ekim-28 Aralık 2006 tarihleri arasında anket uygulaması şeklinde yapılan tanımlayıcı bir araştırma'dır. Hazırlanan anket formu, okul müdürü veya hizmet süresi en uzun olan müdür yardımcılarını ile yüz yüze görüşerek ve yine okul idarecilerinin eşliğinde araştırmaçı tarafından gerekli ölçüm, sayım ve gözlemler yapılarak dolduruldu. Veriler bilgisayarda SPSS (13.0) paket programında değerlendirildi. Analizlerde  $\chi^2$  testi kullanıldı.

**Bulgular**

Gaziantep il merkezinde araştırmaya alınan 134 devlet ilköğretim okulunda, %48'i kız, %52'si erkek olmak üzere toplam 216694 öğrenci öğrenim görmekteydi. Okulların %85.1'i ikili öğretim yaparken, şubelerin öğrenci sayıları 14 ile 90 arasında değişmekteydi ve şubelerin %59.2'sinde öğrenci sayısı 40'dan fazlaydı. Okul binalarının yapım tarihleri 1923 ile 2006 yılları arasında olup, okul binalarının %40'ı 1998-2006 yılları arasında yapılmıştı.

Okulların tamamında dersliklerde kapaksız ve poşetsiz çöp kovası kullanılıyordu. Normal öğretim yapan okulların %52.4'ünün, ikili öğretim yapan okulların %21.2'sinin tuvaletlerinin temizliği iyi olarak belirlendi. Okulların sadece %4.5'inde erkek öğrenci ve %5.2'sinde kız öğrenci tuvaletlerinin kabin sayısı standartlara uygundu. Okulların %85.1'inin bahçesindeki öğrenci başına düşen oyun alanı standartlara uygun değildi.

Okul kantinlerinin %92.5'inde açıkta gıda satışı yapılmaktaydı. Okulların %43.3'ünün yakın çevresinde internet kafe %38.8'inin kahvehane, %32.8'inin seyyar satıcılar bulunmaktaydı.

**Sonuç**

Okul bina ve çevrelerinin sağlık açısından standartlara uygunluk durumları ile fiziki kapasiteleri yeterli değildi. Okullarda çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi, geliştirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve özellikle de yeni yapılacak okulların standartlara uygun yapılabilmesi için ilgililerin konuya dikkatinin çekilmesi faydalı olabilir.

**Anahtar Kelimeler**

Okul sağlığı, Okul çevre sağlığı, Standartlar

- Arş. Gör. Dr. HİLAL TURAN, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
- Yrd. Doç. Dr. NERİMAN AYDIN, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
- Prof. Dr. SERVET ÖZGÜR, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ - naydin@gantep.edu.tr

## GIDA KATKI MADDELERİNİN TOKSİKOLOJİK İNCELENMESİ

**H. EKİCİ, M. YİPEL, P. PORTAKAL, E. YARSAN**

### Giriş ve Amaç

Tüketime sunulan veya sunulacak olan gıdaların görünüm ve lezzetlerini tüketicinin arzu ettiği duruma getirmek, bozulmalarını önleyerek, gıdaların raf ömrünü uzatmak amacıyla gıdalara tüketime sunulmadan önce bilinçli ve amaçlı olarak ilave edilen maddeler gıda katkı maddeleri olarak tanımlanmıştır. Besinlerde gıda katkı maddelerini kullanarak, ürünün kıvamını sağlamak, besin değerini korumak veya artırmak, lezzetini ve sağlığa yararlı halini korumak, asitlik veya alkaliliğin sağlanmasını veya kontrol edilmesini temin etmek, lezzeti artırmak veya arzu edilen rengi vermek amaçlanır. Ancak orantısız ya da bilinçsiz gıda katkı maddesi kullanımı sonucunda tüketiciler üzerinde astım, hiperaktivite, solunum zorluğu, vücutta kızarıklıklar, bulantı, ciltte dökülmeler gibi çeşitli olumsuzluklar oluşmaktadır. Çok fazla sayıda gıda katkı maddesi bulunmaktadır. Bir gıda katkı maddesinin Avrupa Birliği (AB, EU) ülkelerinde kullanımına izin verilmesi durumu o maddeye "E" numarası verilmesiyle ifade edilmiştir. Numaranın başındaki "E", EU' nı simgelemektedir. E numara sistemine göre gıda katkı maddeleri; Renklendiriciler (E100-180), Koruyucular (E200-297), Antioksidanlar (E300-321), Emülsifiyer ve Stabilizatörler (E322-500), Asit baz sağlayıcılar (E500-578), Tatlandırıcılar, Koku verenler (E620-637), Geniş amaçlılar (E900-927) olarak sınıflandırılırlar. Herhangi bir gıda katkı maddesinin sağlık üzerindeki etkileri çok iyi planlanan ve uzun süreli hayvan deneyleri ile tespit edilmiştir. Kullanılmasına izin verilmiş bulunan gıda katkı maddelerinin etkileri de toplumda epidemiyolojik yöntemler kullanılarak yapılacak çalışmalar ile sürekli olarak izlenmelidir. Bu makalede gıda katkı maddelerinin besinlere katılacak miktarlarının nasıl belirleneceği ve kullanımına izin verilmeden önceki toksikolojik uygulamalar hakkında bilgi verilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Derleme niteliğinde bir çalışmadır.

### Bulgular

Derleme niteliğinde bir çalışmadır.

### Sonuç

Günümüzde gıda katkı maddelerinin kullanımı kaçınılmaz bir gereksinimdir. Çok çeşitli olan ve değişik amaçlarla gıdalara katılan bu maddeler kimyasal bileşiklerdir ve önerilenden daha fazla miktarda tüketildiklerinde tümü insan ve hayvan organizması üzerinde sağlığı bozucu etkiler gösterebilmektedirler. Doğal katkı maddeleri de fazla tüketildiklerinde aynı derecede olumsuz etkiler gösterebilmektedir. Bu nedenle herhangi bir maddenin sağlık üzerindeki etkileri çok iyi planlanan ve uzun süreli hayvan deneyleri ile tespit edilmiştir. Kullanılmasına izin verilmiş bulunan gıda katkı maddelerinin etkileri de toplumda epidemiyolojik yöntemler kullanılarak yapılacak çalışmalar ile sürekli olarak izlenmelidir. Gıda üreticileri bilinçlendirilerek, üretimde kullanılması zorunlu olan katkı maddelerinin önerilenden fazla kullanılması engellenmeli, özellikle gebe, emzikli ve çocuklar gıda katkı maddeleri ve zararları konusunda aydınlatılmalı, tek yönlü beslenmeden kaçınılmalı; yeterli ve dengeli beslenme unsurları sağlanmalı, günlük diyetin ancak çok az bir bölümü hızlı hazır yemeklerden oluşmalı veya mümkünse hızlı hazır yemekler diyetin dahil edilmemeli, tüketicinin sağlıklı gıdalarla beslenme, eğitime, bilinçlendirilme ve korunma hakları yerine getirilmeli, gıda üreticileri denetim altına alınmalı ve denetim mekanizması iyileştirilmelidir, tüketici gıda alırken gıdanın raf ömrüne ve içeriğine mutlaka dikkat etmelidir, adresi ve üretim kalitesi belirli olmayan gıdalar sadece fiyat avantajından dolayı tüketilmemelidir.

### Anahtar Kelimeler

Gıda Katkı Maddeleri, E serisi, Toksikolojik analiz

- Arş. Gör. Hüsamettin EKİCİ, Ankara Üniversitesi, Veteriner Fakültesi - hekici@veterinary.ankara.edu.tr
- Musatafa YİPEL, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü - altinokveterinerklinigi@hotmail.com
- Pınar PORTAKAL, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü - pportakal@hotmail.com

**GIDA SANAYİNDE TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON****R. BAŞKAYA, A. KARAGÖZ****Giriş ve Amaç**

Endüstriyel hijyen uygulamalarında işletmedeki olası tehlike faktörlerinin tanımlanması, bunlara gerekli önemin verilmesi, kontrolleri ve giderilmeleri yönünde yeterli çabanın gösterilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu noktada esası, temizlik ve dezenfeksiyon uygulamaları oluşturur. Gıda hijyeni, sağlıklı gıda üretimi amacıyla çiftlikten sofraya kadar her aşamada uygun koşulların temini için yapılan tüm çalışmaları içermektedir. Temizlik, gıda ile temas eden alet-ekipmanlarda bulunan kir veya gıda artıklarının uzaklaştırılması ve bunların mikroorganizmalar için gelişme ortamına dönüşmesinin engellenmesidir. Temizlik işlemi ile gözle görülen kir ve artıkların yanı sıra, gözle görülemeyen mikroorganizmaların önemli bir kısmının da uzaklaştırılması söz konusudur. Dezenfeksiyon, temizlik aşamasını takiben yapılan, ortamda bulunan kontaminasyon kaynağı olabilecek mikroorganizmaların yıkınlanması ya da zararlı etki meydana getirmeyecek en düşük düzeye indirilmesi işlemidir.

**Gereç ve Yöntem**

Derleme niteliğinde bir çalışmadır.

**Bulgular**

Derleme niteliğinde bir çalışmadır.

**Sonuç**

Kaliteli ve güvenli bir gıda üretimi için, gıda işletmelerinde yapılması gereken ilk uygulama temizlik ve dezenfeksiyondür. Temizlik ve dezenfeksiyonun hedefi, mikroorganizmaların kontaminasyonunu önlemek veya tolere edilebilir düzeylere çekerek ileri üretim aşamalarına bulaşmasını kontrol altında tutmak veya engellemektir. Bu nedenle dezenfeksiyon işleminin istenilen amaca hizmet etmesi açısından dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan bir tanesi uygun dezenfektan seçimidir. Dezenfektanın insan ve çevre sağlığı için tehlike unsuru oluşturmaması, etki süresi, dozu ve miktarının uygun seviyelerde olması, kolay ve ekonomik olması gerekmektedir. Bu özelliklerin yanı sıra göz önünde bulundurulması gereken en önemli bir diğer husus ise dezenfektanın uygulandığı yüzeyde bulunabilecek mikroorganizmalar ve bunların dezenfektanlara karşı duyarlılık derecesidir. İlgili nedenlerden dolayı dezenfektan seçiminde işletmeye özgü mikroorganizma türleri hatta suşları belirlenmeli ve dezenfektanların etkinlikleri bunlara karşı test edilerek dezenfektan seçimine gidilmelidir. Bu noktada dezenfektanların mikroorganizmalar üzerindeki etkinliklerinin belirlenmesinde kullanılan yöntemin seçilmesi de, etkili bir kullanım açısından önem taşımaktadır.

Gıda işletmelerinde temizlik ve dezenfeksiyon bir bütün olarak ele alınmalı, işletme-üretim-depolama-dağıtım evrelerinde özellikle personel-ekipman-altyapı bazında ihmal edilmeden uygulanması gerekmektedir. Buna göre, işletmede Standart Sanitasyon Uygulama İşlemleri temizlenecek ve sanitize edilecek yüzeyler, bu işlemin nasıl ve hangi personelie yapılacağı ayrı ayrı belirlenmeli, tarif edilmeli, kayda geçirilmeli; işletmedeki tüm personel hijyen ve sanitasyon konusunda eğitilmelidir. Sonuç olarak, zamanında ve gerekli şartlar gözetilerek yapılan temizlik ve dezenfeksiyon uygulamaları, işletmeye sağlayacağı ekonomik avantajların yanı sıra, insan sağlığının korunmasında da aldıkları önemli rollerden dolayı, özellikle bir gıda işletmesi açısından, ciddi ve vazgeçilmez unsurlardır.

**Anahtar Kelimeler**

Temizlik, dezenfeksiyon, dezenfektan, hijyen, gıda endüstrisi

- Dr. RUHTAN BAŞKAYA, I NO.LU GIDA MÜFREZE KOMUTANLIĞI, SELİMİYE, İSTANBUL - ruhtanbaskaya@hotmail.com
- Arş. Gör. ALPER KARAGÖZ, ANKARA ÜNİV. Veteriner Fak. Besin Hijyeni ve Teknolojisi A. D. - alper.karagoz82@gmail.com

## İKİ FARKLI COĞRAFI BÖLGEDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARINDA İÇ ORTAM HAVASINDA UÇUCU ORGANİK BİLEŞİKLER (VOC) KONSANTRASYONU DEĞERLENDİRİLMESİ

S. KÖKSAL, S. GÖKÇE, E. ERGİNÖZ, S. ERDOĞAN, A. KAYPMAZ, E. YURTSEVEN

### Giriş ve Amaç

İnsanlar günlük yaşamlarının %80-90'nını okullar, bürolar, konutlar, kapalı spor salonları, eğlence yerleri ve taşıtlar gibi kapalı ortamlarda geçirmektedirler. Çocuklar, birim kütle başına daha fazla hava teneffüs ettiklerinden, kirli iç ortam havasından daha fazla etkilenmektedirler. Uçucu Organik Bileşikler (VOC), boya, cila, halı kaplama, yapay ahşap levhalar, bazı yalıtım malzemeleri, çeşitli dekorasyon malzemeleri gibi çok sayıda yapı malzemesinden kaynaklanmaktadır. Yüksek VOC konsantrasyonu özellikle astımlı hastalarda astım krizlerinin başlamasına neden olabilmekte ayrıca; kanserojen etkiye sahip olması açısından üzerinde dikkatlice durulması gerekmektedir. Çocuklar vakitlerinin önemli bir kısmını okullarda geçirdiğinden, ortamdaki VOC düzeyinin tespit edilmesi bu açıdan önem kazanmaktadır. Bu nedenle çalışmada iki farklı coğrafi bölgede bulunan ilköğretim okullarındaki sınıflarda VOC konsantrasyonunun tespit edilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma İstanbul ilinde Fatih ve Silivri ilçelerinde ki resmi İlköğretim okullarında yapılmıştır. Bu ilçelerin seçim nedeni, Fatih ilçesinin şehir merkezinde olması, Silivri ilçesinin ise Büyükşehir belediye sınırları dışında olması ve farklı trafik yoğunluğuna sahip olmaları nedeniyledir. İki ilçede toplam resmi N:96 okul içerisinde, %95 güven ve %80 güç ile her ilçeden 10' ar okul saptanmış, oluşturulan listeden tesadüfî olarak seçilmiştir. Ölçümler Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında okulların güney cephesi ve giriş katlarında ders boyunca yapılmıştır. Çalışmada ölçüm amacıyla IAQRAE (Indoor air quality monitor) cihazı ile ölçülmüştür. Ölçümler sırasında 20 sınıfın 2 tanesinde pencereler açık durumda bulunmaktadır.

### Bulgular

Ölçümler sırasında pencereleri kapalı durumda olan 18 sınıftaki VOC konsantrasyonunun zamanla arttığı, pencereleri açık durumda olan 2 sınıfın VOC düzeylerinin ilk ölçüme başlandığı andan itibaren düşüşe geçtiği belirlenmiştir. Fatih ilçesinde ortalama VOC konsantrasyonu  $0.14 \pm 0.31$  ppm, maksimum VOC konsantrasyonu 0.27 ppm, minimum 0.10 ppm ölçülürken, Silivri ilçesinde ise ortalama VOC  $1.6 \pm 1.88$  ppm, maksimum 9.27 ppm, minimum 0.52 ppm olarak belirlenmiştir. Ortalama değerler USEPA tarafından VOC için belirlenen müsaade edilebilir üst limit değer olan 3 ppm değerinin altındadır.

### Sonuç

VOC konsantrasyonunun mümkün olduğunca düşük seviyelere indirilmesi ve bu amaçla kapalı ortamlarda havalandırmaya mutlaka önem verilmesi gerekmektedir.

### Anahtar Kelimeler

VOC, İç ortam havası, çocuklar

- Öğr. Gör. Dr. ERAY YURTSEVEN, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - eyurt@istanbul.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. SEHER GÖKÇE, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. ETHEM ERGİNÖZ, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. SARP ERDOĞAN, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.
- Prof. Dr. AYŞE KAYPMAZ, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D.

**İSTANBUL'DA KENTSEL DÖNÜŞÜM PROJESİNİN İLK SONUÇLARI: KENTSEL AFET BÖLGESİ OLARAK SULUKULE****Ö. SARIKAYA, İ. KAYI, Y. YASİN, G. YEŞİLTEPE, S. KARABEY****Giriş ve Amaç**

Fatih Belediyesi'ne bağlı Edirnekapı Semti'nde Neslişah ve Sulukule olarak da bilinen Hatice Sultan mahallelerinde, İstanbul Kentsel Dönüşüm Projesi kapsamında Kasım 2007'de başlayan bina boşaltma ve yıkım çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışma, bölgede yaşayan halkın genel sağlığı durumunu değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem**

İstanbul Tabip Odası'nın organizasyonunda bir halk sağlığı ekibiyle 4 Temmuz 2008'de gerçekleştirilen bu çalışma, özellikle olağandışı durumlarda kullanılan tanımlayıcı bir hızlı sağlık durum değerlendirmesidir. Ekip, Sulukule Platformu gönüllülerinin rehberliğinde barınma, çevresel, ruhsal, sosyal ve kültürel yönden sağlığı etkileyen bileşenleri ve temel sağlık hizmetlerinin sunumunu yerinde gözlem, bireysel görüşme ve belge inceleme yöntemleri kullanarak değerlendirmiştir.

**Bulgular**

Yıkımlara rağmen bölgeyi terk etmeyen 475 ailenin barınma koşulları hanelerin birleşmesi sonucu daha da güçleşmiştir. Boşaltılan evler yeniden yerleşimi engellemek amacıyla yarı yıkık durumdadır. Yıkıntı alanından uzaklaştırılmayan hafriyat ve molozlar, komşu evlerde barınanlar için solunum risklerinin yanı sıra özellikle çocuklar için fiziksel yaralanmalara da yol açmaktadır. Bölge, dışarıdan getirilen hafriyatın da döküldüğü bir depolama alanına dönüşmüştür.

Çoğunluğunu kiracıların oluşturduğu evlerin şebeke suyunun kesik olması nedeniyle içme ve kullanma suları mahalle çeşmelerinden taşıma yoluyla sağlanmaktadır. Altyapı sorunları nedeniyle bazı yerlerde gider borularının uçlarının açık olarak doğrudan sokağa verildiği, kanal kapaklarının geçici malzemeyle sağlıksız bir biçimde kapatıldığı gözlenmiştir. Sürdürülmekte olan tek belediye hizmeti çöplerin toplanmasına ilişkindir.

Bölgede birinci basamak sağlık hizmetleri açısından aksaklıklar olduğu, bağışıklama hizmetlerinin sürdürülmediği ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılan başvuruların yanıtız kaldığı bildirilmiştir. Projenin dışlanmışlık algısı yarattığı bölge halkı için gerek geçimlerini sağlayan işlerin gerekse komşuluk kültürlerinin taşındıktan sonra devam edemeyecek olması da ayrı bir endişe kaynağıdır.

**Sonuç**

Bölge halkı, fiziksel ve çevresel sağlık riskleri nedeniyle giderek ağırlaşan olumsuz sağlık koşullarının yanı sıra doğup büyüdüğü evlerini ve alışkın oldukları sosyo-kültürel çevrelerini kaybetme endişesiyle ruhsal sağlık riskleriyle de karşı karşıyadır. Özetle, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımıyla yaklaşıldığında bölge halkının sağlığının çok yönlü olarak risk altında bulunduğu, çözüme yönelik acil bir eylem planına gereksinim olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Hızlı sağlık durum değerlendirmesi, Sulukule, Kentsel dönüşüm projesi, Kent sağlığı, afet

- Yrd. Doç. Dr. Özlem SARIKAYA, Marmara Üni. Tıp Fak. Tıp Eğitimi A.D. - osarikaya@gmail.com
- Arş. Gör. Dr. İlker KAYI, İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - ilkerkayi@yahoo.com
- Arş. Gör. Yeşim YASİN, İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - neseriz@yahoo.com
- Gözde YEŞİLTEPE, İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. - gozdeyesiltepe@yahoo.com
- Prof. Dr. Selma KARABEY, İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - skarabey@istanbul.edu.tr

**KEÇİÖREN İLÇESİNDE BULUNAN KREŞLERİN KAPALI ORTAM HAVA KİRLİLİğİ YÖNÜNDEN DEğERLENDİRİLMESİ****Ö. F. TEKBAŞ, S. VAİZOğLU, H. ÇAKMAK, Z. ÇOBANOğLU, Ç. GÜLER****Giriş ve Amaç**

Okul öncesi dönemde çocukların yaşantılarının büyük kısmı kreş ve anaokulu da dahil olmak üzere kapalı ortamlarda geçmektedir. Bu çalışmada, kreşlerin kapalı ortam hava kirliliği ve fiziksel özellikleri araştırılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Ankara Keçiören bölgesinde bulunan kreşlerden duruma uygun örnekleme yöntemi ile seçilen 20 kreş çalışmaya dahil edilmiştir. Kreşlerin kapalı ortam havasında karbonmonoksit, formaldehit, amonyak, metilen klorür ve toluen düzeyleri Miran Safir cihazıyla ölçülmüştür. Eş zamanlı olarak her bir kreşin, sağlığı etkileyebilecek olan fiziksel, kimyasal ve ergonomik risklerini sorgulayan soru formu doldurulmuştur.

Verilerin analizi SPSS 10 for Windows programıyla yapılmıştır

**Bulgular**

Kreşlerin 19'unda mutfak, 18'inde tuvalet, 13'ünde banyo, 6'sında ocak bulunmaktadır. Söz konusu kreşlerin 4'ü merkezi sistem, 10'u kat kaloriferi, 6'sı diğer sistemlerle ısıtılmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen kreşlerin oyun odalarının 7'sinin ahşap, 2'sinin PVC, 9'unun boydan boya halı ile döşendiği saptanmış olup; uyku odalarının 5'nin ahşap, 1'nin PVC, 11'nin boydan boya halı ile döşendiği görülmüştür.

Oyun odalarının duvarları 1'inde badana, 7'sinde plastik, 6'sında ise yağlı boya ile boyanmış olup; uyku odalarının duvarları ise 1'inde badana, 7'sinde plastik, 5'inde yağlı boya ile boyanmıştır.

Kreşlerin hiçbirinde sigara içilmediği, 17'sinde temizlik malzemelerinin hergün kullanıldığı, 12'sinde düzenli olarak ilaçlama yapıldığı saptanmıştır.

Kreşlerin 6'sında toplam 10 astımlı çocuk bulunduğu bildirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kreşlerin tamamında karbonmonoksit düzeyi 0 bulunurken, formaldehit değerinin 1 kreşte, amonyak değerinin 6 kreşte, metilen klorür değerinin 8 kreşte, toluen değerinin ise 9 kreşte ölçülebilir düzeylerde olduğu saptanmış ancak 1 kreşteki formaldehit yüksekliği hariç tamamında izin verilen değerlerin altında olduğu saptanmıştır.

**Sonuç**

Eş zamanlı olarak yapılan fiziksel ve ergonomik değerlendirmeler ve kapalı ortam hava kirliliği ölçümleri sonucunda kreşler arasında farklılıklar bulunduğu, standardizasyon olmadığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Kreş, hava kirliliği, karbonmonoksit, formaldehit, amonyak, metilen klorür, toluen

- Doç. Dr. Ömer Faruk TEKBAŞ, GATA Tıp Fak. Halk Sağ. A.D.
- Doç. Dr. Songül VAİZOğLU, Hacettepe Ü.T.F. Halk Sağ. A.D.
- Arş. Gör. Dr. Hamza ÇAKMAK, GATA Tıp Fak. Halk Sağ. A.D. - hamzackmk@hotmail.com
- Prof. Dr. Çağatay GÜLER, Hacettepe Ü.T.F. Halk Sağ. A.D.



**SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ İKİ LİSENİN OKUL ÇEVRE SAĞLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ****N. ARSLAN, E. ÇETİNOĞLU, Ö. TERZİ, S. CANBAZ, Y. PEKŞEN****Giriş ve Amaç**

Okul sağlığı hizmetleri, Türkiye gibi genç nüfusa sahip ülkelerde ihmal edilmemesi ve öncelik verilmesi gereken hizmetlerindendir. Bu çalışmada Samsun il merkezindeki eski ve yeni inşa edilmiş binada hizmet veren iki lisede, çevre sağlığı açısından mevcut durumun saptanması ve Türk Standardı 12014 Okul Çevre Sağlığı Standardı (TS 12014 OÇSS)'na uygunluk durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki araştırma 2008 yılı Şubat ayında yapılmıştır. Sırasıyla 1913 ve 1996 yıllarında inşa edilen Samsun Atatürk Anadolu Lisesi (SAAL) ve Tülay Başaran Anadolu Lisesi (TBAL)'ne ait veriler, TS 12014 OÇSS dikkate alınarak hazırlanan bilgi formuyla toplanmıştır. Okulun yeri, binası, bahçesi, su temini, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, sınıfların özellikleri, merdivenler, öğrenci sayıları gibi bilgiler okul idarecilerinden ve yerinde gözlemler yapılarak elde edilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmanın yapıldığı SAAL ve TBAL' de toplam öğrenci sayısı sırasıyla 522 ve 530; ortalama şube başına düşen öğrenci sayısı sırasıyla  $28.4 \pm 1.3$  ve  $29.3 \pm 2.8$ 'dir. Okullarda öğrenci başına düşen ortalama alan miktarının yeterli olduğu sınıf sayısı SAAL'de 10(%55.5), TBAL'de 18(%100) olarak bulunmuştur. Öğrenci başına düşen ortalama hacmin yeterli olduğu sınıf sayısı SAAL'de 8(%44.4) olup, TBAL'de bütün sınıflarda bu hacim yetersizdir. Her iki okulda da yangın söndürme ekipmanı ve tüpünün bulunduğu, kullanım tarihlerinin geçmediği saptanmıştır. Okullarda ısınmanın kalorifer ile sağlandığı tespit edilmiştir.

**Sonuç**

Araştırmanın yürütüldüğü her iki lisede okul çevre sağlığı açısından bazı standartlara uyulmadığı saptanmıştır. TS12014'ün yürürlüğe girdiği yıl inşa edilen TBAL'nin SAAL'ye göre daha yeni olmasına rağmen, eksiklerinin olması dikkat çekicidir. Öğrenci başına yeterli hacim olmayan sınıflarda kapalı ortam hava kirliliğini önlemek için, ders aralarında pencerelerin açılarak havalandırmanın sağlanmasının yeterli olmasa bile önlem olarak yapılabileceği düşünülmektedir. Okullardaki bu eksikliklerin giderilmesi burada öğrenim gören öğrencilerin ve eğitimcilerin sağlığı açısından önemlidir. Yeni yapılacak okulların okul çevre sağlığı standartlarına uygun olması son derece önemlidir. Bu çalışma okul sağlığı uygulamalarının geliştirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gereğini ortaya koymuştur.

**Anahtar Kelimeler**

Okul, Çevre Sağlığı, TS 12014

- Arş. Gör. Dr. NİLDEN ARSLAN, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - hnilden58@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. ERHAN ÇETİNOĞLU, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - cetinogluerhan@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. ÖZLEM TERZİ, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - ozlemzelterzi@hotmail.com
- Doç. Dr. SEVGİ CANBAZ, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - sevgie@omu.edu.tr
- Prof. Dr. YILDIZ PEKŞEN, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - ypeksen@omu.edu.tr

## TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ÖZEL TOPLANMASI GEREKEN ATIKLAR KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞ DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Ö. OMCA, F. YORULMAZ, H. DEDELER, N. GÜÇKAN, U. ZEYREK

### Giriş ve Amaç

Atıklar çok önemli çevre sağlığı sorunlarından biri ve onlara toplumun tutumu sağlık açısından da önemle dikkate alınması gereken bir durumdur. Bunlar içerisinde özel toplanması gereken atıklar hem çevreye vermesi muhtemel zararlar hem de geri dönüşüm ile ekonomiye katkı ve kaynakların korunması anlamında büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinin atıklar konusundaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmeye çalışılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmaya rastgele örnekleme yöntemi ile sınıf mevcutlarının %40'ı alınmıştır. Daha sonra araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu sözlü onamları alındıktan sonra, gözlem altında doldurtularak veriler toplanmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya 36'sı kız ve 39'u erkek olmak üzere toplam 70 öğrenci alınmıştır. Bu öğrencilerin 19'u kız ve 12'si erkek olmak üzere 31 tanesi 1.sınıf ve 17'si kız ve 22'si erkek olmak üzere 39 tanesi 6.sınıf öğrencisidir. Öğrencilerimizin yaş ortalamaları 1. sınıf için 19.19±1.11 ve 6. sınıf için 25.41±1.92 yıl olarak bulunmuştur. Ayrı toplanması gereken atıklar konusunda 1. sınıflar 2.84±0.92 atığı doğru, 0.12±0.59 atığı yanlış ve 6. sınıflar 2.66±1.17 atığı doğru, 0.24±0.91 atığı yanlış olma üzere tüm grup 2.75±1.06 doğru atık adı ve 0.18±0.77 yanlış atık adı saymışlardır. Atıkların toplanma kaplarının rengini 1. sınıflarda %32.3 ve 6. sınıflarda %15.4 öğrenci doğru bilmiştir. Ancak sınıflara göre farkıdır. Bu konuda yeterli toplama kabı ve uygun yerlere yerleştirme ile toplumdaki eğitim eksikliği en önemli sorunlar olarak bildirilmiştir.

### Sonuç

Toplumun eğitim düzeyi en yüksek grubu içerisinde sayılabilecek tıp öğrencilerinde ayrı toplanması gereken atıklarla ilgili bu durum, bu konuda daha fazla eğitim verilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Toplumun diğer kesimlerinde bu konudaki bilgi eksikliğinin daha büyük boyutlarda olduğu açıktır.

### Anahtar Kelimeler

Atık, tıp öğrencileri, çevre sağlığı

- Prof. Dr. Faruk Yorulmaz, TÜTF Halk Sağ. A.D. - farukyorulmaz@hotmail.com
- Arş. Gör. Hasan Dedeler, TÜTF Halk Sağ. A.D.
- Arş. Gör. Dr. Nagihan Güçkan, TÜTF Halk Sağ. A.D.
- Arş. Gör. Dr. Uğur Zeyrek, TÜTF Halk Sağ. A.D.

**0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN ÇOCUK BAKIMINA İLİŞKİN GELENEKSEL UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ****F. ÜSTÜNER, B. KAYA, E. KÜÇÜK****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma: Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin çocuk bakımına ilişkin geleneksel uygulamaların saptanması amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı araştırma olarak planlanan bu araştırmanın evrenini Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 01.05.2008-01.06.2008 tarihleri arasında 0-6 yaş grubu çocuğu olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 316 anne oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 4 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda 1. bölümde araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özellikleri, 2. bölümde annelerin doğurganlık özellikleri, 3. bölümde son bebek ve doğumu ile ilgili, 4. bölümde ise bebek bakımındaki uygulamalarıyla ilgili sorulardan oluşmuştur. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma verileri SPSS 13 paket programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Sosyodemografik özelliklerin dağılımına bakıldığında annelerin yaş ortalaması  $28.28 \pm 5.42$  (18-45) olup, %87.3'ünün ev hanımı, %51.7'sinin ilkokul mezunu, %61'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Annelerin %71.7'sinin isteyerek hamile kaldığı, %97.3'ünün doğumunu hastanede yaptığı ve %50'sinin gebeliğinin normal doğum yöntemi ile sonlandığı saptanmıştır. Annelerin %81.7'sinin ilk beslemede anne sütü verdiği, %90.7'sinin ağız sütünü bebeğe verdiği, %25.3'ünün bebeğini kundakladığı, %70'mın kokmaması için tuzlu su ile yıkadığı, %14.3'ü bebek sarılık olmasın diye banyo suyuna altın koyduğu, %48.3'ü adetli kadını bebeğin yanına yaklaştırmadığı, %62.3'ünün bebeğin tınağını kırkı çıkınca kestğini, %20'sinin bebeği ilk kez kırkı çıktıktan sonra dışarı çıkardığı, %61'inin pişikte pudra kullandığı, %29.3'ünün ishale bol sıvı verdiği, %1.3'ünün pamukçuk durumunda sacını bebeğin ağızına sürdüğü saptanmıştır.

**Sonuç**

Annelerin bebek sağlığını etkileyecek geleneksel uygulamalarının olduğu saptanmıştır. Gebe ve bebek izlemleri sırasında sağlık personelinin bireyi bütüncül olarak değerlendirirken onların inandıkları ve yaptıkları geleneksel uygulamaları da ortaya çıkaracak şekilde kapsamlı bir bilgi alması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

0-6 yaş çocuk, geleneksel uygulamalar, bebek bakımı

- F. ÜSTÜNER
- B. KAYA
- E. KÜÇÜK

## 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUğU OLAN ANNELERİNİN ANTİBİYOTİK KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

F. ÜSTÜNER, K. YAPAR, E. KÜÇÜK

### Giriş ve Amaç

Bu araştırma, Giresun ilindeki 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin antibiyotik kullanımı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi, antibiyotik kullanım ilkelerini bilme durumları ve ilaç kullanım davranışlarının değerlendirilmesini tespit etmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olup, evrenini; Giresun İl Merkezindeki 0-6 yaş grubu çocukların anneleri oluşturmuştur. Araştırmanın Örneklemini; 01 Nisan- 01 Mayıs 2008 tarihleri arasında Giresun İl Merkezi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine başvuran, 0-6 yaş grubu çocuğu olan 250 anne oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak 2 bölümden oluşan formlar kullanılmıştır. Birinci bölümde annelerin sosyodemografik özellikleri ve 0-6 yaş grubu çocuklarına antibiyotik kullanımlarına ilişkin sorular yer alırken, ikinci bölümde annelerin ilaç kullanımları ile ilgili davranışlarını değerlendirmeye olanak sağlayan "ilaç kullanım davranışları formu" na (15 madde) yer verilmiştir. Veriler annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 13 paket programı kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırma grubundaki annelerin yaş ortalaması 29.12±5.79 (18-47) dir. Annelerin %48'i ilkokul mezunu olup, %98'inin sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Evlerde bulunan ilaçlarda ilk sırayı "ağrı kesici, ateş düşürücü", ikinci sırayı "vitaminler, grip-soğuk algınlığı", üçüncü sırayı "antibiyotik" izlemektedir.

Araştırmaya katılan annelerin ilaç kullanımı ile ilgili olumsuz davranışları değerlendirildiğinde, annelerin %81.6'sı ilaç iyi gelmediğinde ilaç almayı kestiğini, %64.4'ü kendini iyi hissedince ilaç almayı kestiğini, %55.2'si geçmişte kullandığı ilaçları evde bulundurduğunu, olumlu davranışları değerlendirildiğinde; %99.6'sı ilaçları uygun şekilde sakladığını, %97.6'sı ilaçların adına ve son kullanma tarihine dikkat ettiğini, %94.8'si ilaçların prospektüslerini okuduğunu, %94'ü ilaç yan etkilerinde doktora başvurduğunu belirtmiştir.

Antibiyotik kullanan annelerin %96.8'i reçetede önerilen şekilde kullanıldığını ifade etmiştir. Annelerin %6.4'ü çocuklarına antibiyotiği verirken saatlerine dikkat etmediği, %50.8'i ise antibiyotiğe bitinceye kadar kullanıldığını belirtmiştir. Annelerin %62.8'i kullandığı antibiyotiğin buzdolabında sakladığını, %87.6'sı evlerinde artmış antibiyotiklerin saklanmadığını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin %6.4'ü başka çocuğun antibiyotiğini kullandığını, %4.8'i reçetesiz antibiyotik kullandığını belirtmiştir. Annelerinin % 43.6'sı reçetesiz kullanılan antibiyotiklerin çocuğun üzerindeki etkilerini bilmediği belirlenmiştir.

### Sonuç

Çalışma sonucunda; araştırma grubunu oluşturan bireylerin doğru ilaç kullanımı ile ilgili eğitim gereksinimleri olduğu saptanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

İlaç, ilaç kullanım davranışı, antibiyotik

- F. ÜSTÜNER
- B. KAYA
- E. KÜÇÜK

## **AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ (ASYE) VE İSHALLİ HASTALIKLARIN KONTROLÜ PROGRAMI HİZMETLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Ashan ÇATIKER, İknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK**

### **Giriş ve Amaç**

Bolu. 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın ülkemizde bebek ve çocuk ölümlerinin önde gelen nedenlerinden olan ASYE ve İshalli hastalıkları kontrol etmek üzere geliştirilmiş programların gereği olan ve sağlık ocaklarınca yürütülen hizmetlere etkisini ve hizmetin ulaşmasında sorun yaşanan bölgeleri saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### **Gereç ve Yöntem**

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme. Lot Kalite Tekniği kullanılarak iki yaşın altında çocuğu olan anneler üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6, güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı)1 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formları aracılığı ile, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "son doğumundan sonra bebekte zatürre ve ishal belirtileri konusunda eğitim aldı mı, son iki hafta içinde çocuğunun ateş - öksürükle ve günde 3 kezden fazla sulu dışkılama ile seyreden, bir hastalık geçirdi mi, geçirdi ise bu rahatsızlıkları için ne yaptı: çocuğun bu hastalıkları için tehlike belirtileri öğretildi mi, bedava ilaç verildi mi bu hastalıklar için beslenme önerileri verildi mi" soruları sorulmuştur.

### **Bulgular**

Bir yaşından küçük bebeği olan annelerin %27'si son doğumundan sonra zatürre belirtileri %32'si de ishal belirtileri konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Tüm annelerin %40'ı son iki hafta içinde çocuğunun ateş ve öksürükle seyreden, bir hastalık geçirdiğini, bu annelerin ancak % 35'i ASYE tehlike belirtileri konusunda bilgilendirildiğini, %9'u ASYE için bedava ilaç verildiğini ve %30'u kendisine ASYE için beslenme önerileri verildiğini ifade etmiştir.

Yine tüm annelerin %15'i çocuğunun günde 3 kezden fazla sulu dışkılama ile seyreden, bir hastalık geçirdiğini; ancak % 44'ü ishalli hastalıkların tehlike belirtileri konusunda bilgilendirildiğini, %2'si ASYE için bedava ilaç verildiğini ve %44'ü kendisine ishalli hastalıklarda beslenme önerileri verildiğini ifade etmiştir.

### **Sonuç**

Ülkemizde bebek ve çocuk ölümlerinin önde gelen nedenlerinden olan ASYE ve İshalli hastalıkları kontrol programlarının gereği olan hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili yetersizlikler olduğu dikkati çekmektedir. Gelecekte aynı yöntemle tekrarlanacak araştırmalar, izlem açısından karşılaştırılabilir veri sağlayacağı için daha değerli sonuçlar verecektir.

### **Anahtar Kelimeler**

Lot Kalite Tekniği, ASYE Kontrol Programı, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. S. ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. A. KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. A. ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İ. ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. S. ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. M. ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Aslıhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK**

### Giriş ve Amaç

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak iki yaşın altında çocuğu olan anneler üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6. güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı)1 olarak belirlenmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak iki yaşın altında çocuğu olan anneler üzerinde yürütülen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6. güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örneklem büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı)1 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formları aracılığı ile, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "bebekleri doğduğunda fenilketonüri (FKÜ) taraması için topuğundan kan alınıp alınmadığı, son altı ayda evde ziyaret edilip edilmediği, D vitamini ve demir desteği alıp almadığı; son doğumlarından sonra bebek beslenmesi/emzirme ve bebek aşılması" konularında eğitim alıp almadığı sorulmuştur.

### Bulgular

Araştırma grubundaki 0-11 aylık bebek sayısı 168 olup, bunların yalnızca %8'i evde izlenmiştir. FKÜ için topuktan kan alma oranları %96'ya çıkarken, %94'ü D vitamini desteği, %63'ü de demir desteği almıştır.

Bu bebeklerin annelerinin %61'i bebek beslenmesi/emzirme eğitimi, %71'i bebek aşılama konularında eğitimleri aldığını ifade etmiştir.

### Sonuç

Evde bebek izlemlerindeki düşüklük dikkat çekicidir. sağlık kuruluşuna başvuran çocuklar hizmeti almakta; sağlık kuruluşlarına ulaşamayanlar hizmetten yoksun kalmaktadır. Gelecekte aynı yöntemle tekrarlanacak araştırmalar, izlem açısından karşılaştırılabilir veri sağlayacağı için daha değerli sonuçlar verecektir.

### Anahtar Kelimeler

Lot Kalite Tekniği, Çocuk Sağlığı Hizmetleri, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fak., Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fak., Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Aslıhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fak., Halk Sağlığı A.D.

**AİLE HEKİMLİĞİNİN 1. YILINDA ASYE SIKLIĞI VE ASYE DENETİM PROGRAMI, EDİRNE 2008****M.ESKİOCAK, G. V. SARAÇOĞLU, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, U. ZİYREK, N. GÜNÇİKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ****Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne’de Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) Sıklığı ve ASYE Denetim Programı (DP) hizmetlerinin durumunu saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Şubat 2008’da Edirne ilini temsil edici bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılarca hazırlanan yapılandırılmış anket formları aracılığıyla, bu konuda eğitilmiş tıp, hemşirelik öğrencileri ve hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örnekleme büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örnekleme Büyüklüğü Belirleme Tablosundan  $5\pm$  doğruluk/accuracy ve %95 Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, 2 yaş altında 400 çocuk ve annesi ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocukların seçimi, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, yazılı bir rehberin yardımıyla tanımlanmış bir yöntemle uygun katılımcıları bulana dek kapı kapı gezerek yapılmıştır. Görüşme anında katılımcılara ASYE sıklığını saptamaya ve ASYE geçiren çocukların yönetimine ilişkin sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır.

**Bulgular**

Çocuklarının son 2 hafta içinde ateş ve öksürükle seyreden bir hastalık geçirip geçirmediği sorusunu yanıtlayan 395 kişiden 139’u (%35.2) olumlu yanıt vermiştir. Bu sıklık kentte %32.9 (99/301), kırdada %42.6’dır (40/94) olarak bulunmuştur. ASYE geçiren çocukların bakımına ilişkin ailelerin başvuru tercihleri en fazla 52/150 ile Devlet Hastanesidir. Bu tercih kentte %36.2 (38/105) ile birinci sırada ASM iken; kırdakilerde %35.6 (36/45) devlet hastanesidir. ASYE tehlike belirtilerinin kendilerine öğretildiğini ifade edenlerin oranı %29.5’tir (67/227). Kentte bu oran %32.9 (51/155), kırdada ise %22.2’dir (16/72); romanlarda %40 (10/25) ve roman olmayanlarda %28.2 (57/202) olarak bulunmuştur. Ücretsiz ilaç sağlama sıklığı %9.5 iken; kırsaldakilerde %8.8 (13/147) iken kentkilerde %11.0 (8/13) iken romanlarda %5.2 (1/19) olarak bulunmuştur. Hasta çocuğu beslemeye yönelik öneriler alma oranı %38.6 iken; bu oran kırdada %40.8 (60/147), kentte yaşayanlarda %34.2 (25/73) ve romanlarda %47.4 (9/19) olarak bulunmuştur.

**Sonuç**

ASYE’nin denetiminde sorun vardır, kişiye yönelik bakımın ASYE DP önerilerinden uzak olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler**

ASYE, dezavantajlı gruplar, aile hekimliği

- Doç. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - muzaffereskiocak@yahoo.co.uk
- Yrd. Doç. Dr. GAMZE VAROLSARAÇOĞLU, NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. HASAN DEDELER, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. Dr. UĞUR ZİYREK, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. Dr. NAGİHAN GÜNÇİKAN, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Yrd. Doç. Dr. SEVAL ALKOY, ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Prof. Dr. FARUK YORULMAZ, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.

## ANKARA'DA BİR ANAOKULUNDA YATAğINI ISLATMA (ENURESIS NOCTURNA) SIKLIğININ, ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN VE YATAğINI ISLATMA İLE PARAZİTOZ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Bilal BAKIR, Hakan İSTANBULLUOğLU, Remzi Ergin ARAZ, Sabahattin VURUCU, Hakan YAREN

### Giriş ve Amaç

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yatağını ıslatma ile parazitoz arasında ilişki iddia edilmektedir. Ancak bunun aksini gösteren çalışmalar da vardır. Bu çalışmada bir okul öncesi eğitim kurumunda eğitim gören öğrencilerde tarama yaparak yatağını ıslatma ile parazitoz arasındaki ilişkinin araştırılması ve bu grup içerisinde her iki sağlık sorunun sıklığının ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışma Etlik/ Ankara da bulunan Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Sevgi Anaokulu'nda yürütülmüştür. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan sorgulama formu öğrenci velilerine dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Veli izni alınan tüm öğrencilerde parazit açısından tarama yapılmıştır. Parazit taraması için hem selofan bant yöntemi hem de gaytanın mikroskopik incelenmesi yöntemi kullanılmıştır. Yatağını ıslatma tanısı ise velilerden alınan öykülere dayanılarak konmuştur.

### Bulgular

Araştırmaya 163'ü erkek (%52,4) 148'i kız (%47,6) olmak üzere 311 anaokulu öğrencisi katılmıştır. Bir ay süren araştırma nisan ayında tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerden 7'si yedi yaşında 160'ı altı yaşında, 144'ü beş yaşındadır. Çalışmaya katılan toplam 311 öğrenciden yalnızca ikisinde parazitoza saptanırken 55 öğrenci de yatağını ıslatma olduğu tespit edilmiştir. Anketi dolduran öğrenci annelerinin 134'ü (%43,0) ev hanımı olduğunu, 15'i aile içi geçimsizlik yaşadığını ve 9'u boşandıklarını beyan etmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin 31'i (%10,0), babalarının 39'u (%13,0) çocukluk döneminde yatağını ıslatma yaşadığını, 26 öğrencinin ise en az bir kardeşinin yatağını ıslatma yaşadığını bildirilmiştir. Ev hanımı olan annelerin çocuklarında yatağını ıslatmanın daha sık görüldüğü ve bunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanırken (p=0,05). Aile içi geçimsizlik yaşayan ve yaşamayan ailelerin çocukları arasında fark saptanmamıştır (p=0,7). Annelerinde yatağını ıslatma olan ve olmayan, babalarında yatağını ıslatma olan ve olmayan, kardeşlerinin en az birinde yatağını ıslatma olan ve olmayan çocuklar arasında yatağını ıslatma açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,05).

### Sonuç

Çalışmaya katılan öğrenciler arasındaki yatağını ıslatma sıklığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Buna karşılık Parazit pozitifliğinin yok sayılabilecek düzeyde olması Türkiye'nin sosyoekonomik gelişmişliğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Parazit pozitifliğinin azalmasına karşın yatağını ıslatma sıklığının aynı düzeyde devam ediyor olması nedeniyle her iki durum arasında birlikteliğin olmadığı sonucuna varılmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Parazitoz, tarama, yatağını ıslatma

- Doç. Dr. Bilal BAKIR, GATA Halk Sağlığı - bakirbilal@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Hakan İstanbulluoğlu, GATA Halk Sağlığı - h.istanbulluoğlu@hotmail.com
- Doç. Dr. Remzi Engin Araz, GATA Parazitoloji BD -
- Yrd. Doç. Dr. Sabahattin Vurucu, GATA Çocuk Hastalıkları AD -
- Yrd. Doç. Dr. Hakan Yaren, GATA NBC BD -



**ANKARA'DA BİR HASTANENİN PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ANNELERİN ATEŞ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI****S. ULUS, H. ÇAKMAK, H. İ. AYDIN, R. OĞUR, B. BAKIR, R. DÜNDARÖZ****Giriş ve Amaç**

Annelerin, çocuklarının ateşlenme durumunda doktora gelmeden önce yaptığı uygulamaları saptamak ve bilinç düzeyini ölçmektir.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 2008 Yılı Haziran Ayı boyunca Ankara GATA Pediatri Polikliniğine başvuran 461 anne üzerinde anket uygulanarak yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri annelerin ateş hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları iken bağımsız değişkenleri ise yaş, meslek, eğitim durumu, çocuk sayısıdır.

**Bulgular**

Annelerin yaş ortalaması  $32.6 \pm 5.6$  olup eğitim durumları lise ve üniversite (%77.9) üzerinde yoğunlaşmıştır. %68.5'i ev hanımıdır. Bir çocuğu olan %43.3, iki çocuğu olan %47.7 ve üç çocuğu olan %8.9'dur. Annelerin %96.1'i ateş yüksekliğini çocuk sağlığı açısından riskli bulurken, %75.6'sı yüksek ateş nedenine "enfeksiyon" demiştir. Normal vücut sıcaklığına %41.6 ile  $36^{\circ}\text{C}$  ve %41.6 ile  $38^{\circ}\text{C}$ 'nin üstüne ateş yüksekliği demişlerdir. %92.8 anne dış çıkarma ve %96.7 anne aşının ateş yüksekliğine sebep olabileceğini belirtmiştir. Ateş konusundaki bilgileri edinme kaynakları: %64.2 doktor, %20.6 hemşire-ebe, %13.4 radyo-televizyon, %13.2 internet, %9.3 gazete-dergidir. Annelerin %99.3'ü derece kullanmayı bildiklerini ifade etmiş, %82.0'i ateş ölçmek için çocuğunu uykudan uyandırmıştır. Ateş ölçmek için annelerin %47.3'ü cıvahlı cam derece, %54.7'si dijital derece, %9.1'i kulaktan ölçen derece kullanırken %2.8'i derece bulundurmadıklarını ifade etmiştir. Çocuğunun ateşinin yüksek olduğunu nasıl anlıyorsunuz sorusuna %64.4 anne derece ile ölçerek, %46.6 anne dokunarak, %11.5 anne ağlama-huzursuzluk gibi belirtilerle cevabını verirken sadece %1.1 anne sağlık kuruluşuna götürerek anladığını belirtmiştir. Çocuğunun ateşini elle kontrol eden annelerin %79.0'u çocuğunun alına dokunarak bu kontrolü yapmaktadırlar. Çocuğunun ateşini derece ile koltuk altından ölçen annelerin yüzdesi %86.8 iken dereceyi koltuk altında tutma süresi %46.6 ile 2-3 dakika arasında yoğunlaşmıştır. Ateş yüksekliğinde ilk olarak ılık duş aldırma yüzdesi %31.7, kıyafetlerini çıkarma %28.0 iken ateş düşürücü verme ise %22.8'dir ve %62.9 anne bu uygulamayı "hemen" yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hastalık durumunda ateşi ölçme sıklığı %35.6 ile yarım saat üzerinde yoğunlaşmıştır. Doktor tavsiyesine göre evde ateş düşürücü veren anne %93.1 iken bu ateş düşürücüler %37.3 parasetamol ve ibuprofen, %35.4 parasetamol ve %14.5 ibuprofendir.

**Sonuç**

Annelerin ateşi tespit etme ve tedavi uygulamaları konusunda eğitilmeleri gerektiğini düşünmekteyiz. Konu hakkında genel bilgiler içeren broşür hazırlayıp bilgi düzeyini artırmayı planlamaktayız.

**Anahtar Kelimeler**

Anne, ateş, bilgi, davranış

- Arş. Gör. Dr. SERDAR ULUS, GATA HALK SAĞLIĞI A.D. - serdarulus@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. HAMZA ÇAKMAK, GATA HALK SAĞLIĞI AD.
- Yrd. Doç. Dr. HALİL İBRAHİM AYDIN, GATA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
- Doç. Dr. RECAİ OĞUR, GATA HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. BİLAL BAKIR, GATA HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. RUŞEN DÜNDARÖZ, GATA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

## ANKARA'DA BİR MESLEK LİSESİ 10. VE 11. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Fehminaz TEMEL, Pervin HANCI, Taner KASAPOĞLU, Rabia Miray KIŞLA, Mahmut Serkan SARIKAYA, Mehmet Alper YILMAZ, Hilal ÖZCEBE**

### Giriş ve Amaç

Adolesan dönem büyüme ve gelişmenin tamamlandığı dönem olup gencin enerjisinin çok yoğun olduğu bir dönemdir. Bu dönemde uyku ile ilgili sorunların öncelikli olmadığı ve sağlık yakınması halinde yansıtılmadığı bilinmektedir.

Kesitsel tipte olan bu çalışmanın amacı, Ankara'da bir meslek lisesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin saptanması, uyku kalitesi durumlarının ölçümü ve uyku kalitesini etkileyebilecek olası faktörlerin değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma evrenini 10. sınıftaki 254 öğrenci ve 11. sınıftaki 218 öğrenci oluşturmaktadır. Öğrencilerin %84'üne ulaşılmıştır. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ile uyku kaliteleri, Spielberger Sürekli Kaygı Ölçeği (SSKÖ) ile kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen PUKİ, bir aylık süredeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunu değerlendiren bir ölçektir. Skor 0'21 puan arasında değişmekte ve skorun 5 veya üzerinde olması uyku kalitesinin "kötü" olduğunu göstermektedir. Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Formu, Likert tipinde olan ve "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört dereceli bir ölçektir. Ölçek, kişinin yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skor, 20 ile 80 arasında değişmekte, 60 veya üzerinde olması yüksek kaygı düzeyini göstermektedir. Uyku hijyen indeksinin hesaplanması için oda koşulları, yatmadan yarım saat önce yaptığı aktiviteler, yatmadan yarım saat önce içtiği içecekler ve yatmadan yarım saat önce yemek yeme durumu sorularak bir indeks oluşturulmuştur. Ortalama değer olan 8 ve üstü puan alan öğrencilerin uyku hijyeni kötü, diğerlerinin ise iyi olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 15.8±0.9 yıldır. Öğrencilerden %94.3'ü erkektir. Öğrencilerin %40.9'u uyudukları odadaki gürültü düzeyini, %34.1'i ışık miktarını, %33.1'i havalandırma durumunu, %29.9'u ısınma durumunu ve %38.6'sı yatağın fiziki koşullarını rahatsız edici bulmamaktadır. Öğrencilerin %59.3'ü uyumadan önce televizyon izlemekte, %52.1'i müzik dinlemekte, %76.6'sı yatmadan önce genellikle en az bir yiyecek/içecek yemekte/içmektedir.

Öğrencilerin %43.1'inin PUKİ puanı 5 ve üzerinde, %6.7'sinin SKÖ puanı 60 ve üzerindedir. Sigara içen öğrencilerin PUKİ puanı içmeyenlere göre daha fazla bulunmuştur (p<0.05). Uyku kalitesinin; stres ve kaygı altında bırakan insan ilişkileri olanlarda, olmayanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır (p<0.001). Uyku hijyen indeksi yüksek olan öğrencilerin %49.1'inin; düşük olan öğrencilerin %39.2'sinin uyku kalitesi kötü bulunmuştur (p<0.05).

### Sonuç

Öğrencilerin kaygı düzeyi uyku kalitelerini etkilemezken anne ve babayla olan ilişkileri kötü olanların; ailelerin maddi durumu düştükçe, sigara kullananlarda, uyuma süreleri azalınca, uykuya dalma süreleri uzadıkça ve odayı paylaştıkları kişi sayısı artıkça uyku kalitesi düşmektedir. Çalışmada öğrencilerin uyku kalitesinin anne baba ilişkileri, sigara kullanma, uyku süresinden etkilendiği saptanmıştır. Gençlerin uyku hijyeni konusunda daha fazla bilgilendirilmesi ve uyku kalitesi düşük olan, özellikle risk altında olan gençlere psikososyal danışmanlık verilmesi gerekir.

### Anahtar Kelimeler

Uyku kalitesi, Kaygı, Spielberger Sürekli Kaygı Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Uyku hijyeni

- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - fehminaz@yahoo.com
- Dr. Pervin HANCI, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Taner KASAPOĞLU, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Rabia Miray KIŞLA, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Mahmut Serkan SARIKAYA, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Mehmet Alper YILMAZ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

**ANNELERİN ANLATIMI İLE BEBEKLERİNİN ÖLÜMÜ****G. ATASOYLU, P. OKYAY, M. TÜRKMEN, S. A. AYDOĞDU, A. YENİGÜN, E. BEŞER****Giriş ve Amaç**

Aydın İlinde 01/01/2006-30/06/2006 tarihleri arasında meydana gelen ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından saptanan bebek ölümleri ile ilgili annelerinin duygu ve düşüncelerinin saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte niteliksel bir çalışma olan bu araştırma, 2006 yılının ilk yarısında Aydın İlinde bir tez çalışmasında ölüm nedenlerinin belirlenmesine yönelik olarak bebeklerin anneleri ile yapılan sözel otopsi uygulaması kapsamında toplanmıştır. Görüşmeler, sözel otopsi uygulama önerileri doğrultusunda, ölümün üzerinden en az altı ay geçtikten sonra gerçekleştirilmiştir. Sözel otopsi formunda bebeği son hastalığını anlatmalarının istendiği bölüm ile ölüm nedeni hakkındaki görüşü ve ölümün önlenabilir olup olmadığı hakkındaki duygu ve düşüncelerini saptamaya yönelik sorulara açık uçlu soruların cevaplarını içermektedir. Anlatılanlar, bir ses kayıt cihazıyla kaydedilmiştir. Bu ses kayıtları, daha sonra araştırmacı tarafından çözümlenerek bilgisayar ortamında yazıya dökülmüştür. Bu veriden sadece ölüm nedeninin belirlenmesinde yararlanılmış, tez çalışmasının metnine dahil edilmemiştir.

**Bulgular**

Görüşmeciler tarafından ölümle ilişkili olarak bildirilen durumlar arasında en yaygın olanı tıbbi yardımın yetersiz veya etkisiz olduğudur. Görüşmecilerin yaklaşık yarısı bebeğinin ölümünün önlenilebileceğini düşündüğünü belirtmiştir.

**Sonuç**

İfadeler doğrultusunda sağlık sisteminde yetersizlikler olduğu düşünülmüştür. Ayrıca, büyük bir kayıp yaşayan annelerin bu dönemde fizik ve ruhsal sorunları açısından yakın gözetim altında tutulup, desteklenmesi önemli görünmektedir. Bu çok kaynaklı sorunların çözülebilmesi için, sorunların niteliksel çalışmalar yoluyla saptanarak sağlık hizmeti sunumunun etkinleştirilmesinde yararlanılması gerekli görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Bebek, bebek ölümü, ölüm nedeni, sözel otopsi, ölüm, niteliksel, yas

- Uzm. Dr. Gonca ATASOYLU, Manisa Sağlık Müdürlüğü - goncaatasoylu@hotmail.com
- Doç. Dr. Pınar OKYAY, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Münevver TÜRKMEN, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- Yrd. Doç. Dr. S. Ayvaz AYDOĞDU, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- Prof. Dr. Ayşe YENİGÜN, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- Prof. Dr. Erdal BEŞER, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

## BALIKESİR'İN BURHANIYE İLÇESİ BİR NO.LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-5 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN EVLERİNDE SİGARA İLE İLGİLİ OLARAK UYGULANAN KURALLARIN VE BU KURALLARIN İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Z. ÖCEK, M. ÇİÇEKLIOĞLU, Ş. TANER GÜRSOY, F. AKSU, G. ASLAN, M. SOMALI

### Giriş ve Amaç

Balıkesir'in Burhaniye İlçesi Bir No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-5 yaş grubu çocukların evlerinde sigara ile ilgili olarak uygulanan kuralların ve bu kuralların gerçekleştirilmesi ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmada, sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-5 yaş grubu çocukların (n=756), %50 prevalans, %95 güven aralığı ve %5 hata payı, %20 yedek ile 306'ısına ulaşılması planlanmıştır. Ebe bölgelerine göre tabakalanmış randomize örneklem uygulanmış, her hanede sadece bir çocuk araştırmaya alınmıştır. Yüzyüze görüşerek 256 anneye evlerinde anket uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler evde uygulanan kurallar ve tütün dumanı maruziyetidir. Ev halkının ve misafirlerinin evde sigara içmemesi "tam yasak", ev halkının sadece belli bir yerde sigara içmesi veya misafirlerine izin vermesi "yarı yasak" kriteri olarak alınmıştır. Bağımsız değişkenler ebeveynlerin sigara alışkanlığı; çocuğun sağlık sorunları; annenin tütün dumanının zararlarına yönelik algısı, yasaklara yönelik tutumu ve özyeterliliği; sosyal çevrede evde sigara içme sıklığı ve sosyoekonomik özelliklerdir. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare ve Oneway-Anova testlerinin yanı sıra lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

### Bulgular

Hanelerin %27.3'ünde herhangi bir sigara yasağı uygulanmamaktadır. Yarı ve tam yasak yüzdeleri ise 56.6 ve 16.0'dır. Çocukların son bir hafta içinde sigara içilen odada buldukları ortalama gün sayısı yasak uygulanmayan evlerde 5.70±2.39, yarı ve tam yasak uygulanan evlerde 2.05±2.55 ve 0.74±1.95'dir (p=0.000). Hem yarı yasağın (Olasıklar Oranı=5.44; p=0.026) hem de tam yasağın (OO=8.37; p=0.000) en önemli belirleyicisi annenin misafirlerine evinde sigara içmenin yasak olduğunu söyleyebilmesidir. Yarı yasağın diğer belirleyicileri sosyal çevre (OO=4.41; p=0.026), babanın sigara kullanmaması (OO=3.89; p=0.003), gelir düzeyi (OO=3.40; p=0.001) ve oda başına düşen kişi sayısıdır (OO=2.76; p=0.028). Tam yasakta ise sigaranın zararlarına güçlü bir inanç (OO=7.16; p=0.014) ve babanın sigara kullanmaması (OO=5.65;p=0.000) belirleyicidir.

### Sonuç

Araştırma grubunda evde tütün dumanı maruziyetine sık rastlanmaktadır. Ailelerin büyük bölümü çocuklarını korumak için hiçbir yöntem uygulamamakta veya etkisiz yöntemlere başvurmaktadır. Sosyoekonomik dezavantajlar, sosyal baskı ve babanın sigara içmesi evde sigara yasağı uygulanmasını engelleyen başlıca etmenlerdir.

### Anahtar Kelimeler

Pasif içicilik, çevresel tütün dumanı, çocuk, koruma

- Yrd. Doç. Dr. ZELİHA ÖCEK, EGE ÜNV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - zeliha.ocek@ege.edu.tr
- Doç. Dr. MELTEM ÇİÇEKLIOĞLU, EGE ÜNV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - zeliha.ocek@ege.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. ŞAFAK TANER GÜRSOY, EGE ÜNV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - zeliha.ocek@ege.edu.tr
- Prof. Dr. FERİDE AKSU, EGE ÜNV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - zeliha.ocek@ege.edu.tr
- Arş. Gör. GÖKÇE ASLAN, EGE ÜNV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Dr. MURAT SOMALI, BALIKESİR BURHANIYE 1 NOLU SAĞLIK OCAĞI

**BALIKESİR 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BİR GRUP AİLENİN YÜKSEK ATEŞE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ****Nuriye KARADAĞ, Semihat TÜRKER, Zehra SARIDAYI, Mukadder GÜN****Giriş ve Amaç**

Çocuklarda sık görülen enfeksiyon hastalıklarının primer belirtilerinden olan yüksek ateş, ailelerin sağlık bakımı amaçlarını gerektiren ve anksiyete yaşamalarına neden olan bir durumdur. Sağlık ekibini oluşturan ebe, hemşire, doktor ve diğer sağlık görevlileri verecekleri eğitimlerle yüksek ateş ve buna bağlı gelişen febril konvülsiyon durumlarında ailelerin erken dönemde doğru uygulama yapmalarını, çocuğun ateşini düşürmelerini, riskleri ortadan kaldırmalarını sağlayabilirler. Bu araştırma Balıkesir Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde ailelerin yüksek ateş korkuları ve bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup Balıkesir Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağına herhangi bir sağlık problemi nedeniyle başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 0-6 yaş çocuk sahibi 125 ebeveyn araştırma örneğini oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri Halk Sağlığı Dersi uygulaması yapan bir grup öğrenci tarafından ailelerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler SPSS 11.0 programıyla sayı, yüzde ve Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırma kapsamındaki ailelerin yaş ortalaması annelerde  $31.1 \pm 8.2$  [19-45] olup %40.7'si ortaokul ve üzeri eğitim almıştır. Araştırmada ailelerin %9.6'sı vücut sıcaklığını hiç ölçmediğini, %34.4'ü el ile, %56.0'sı doğru olarak cam termometre ve dijital termometre ile vücut sıcaklığını ölçtüğünü belirtmiştir. %46.4'ü normal ateş olarak kabul edilen değerleri doğru olarak bilmektedir. Ebeveynlerin %80.0'i yüksek ateşin sağlık sorununa yol açabileceğini düşünmektedir. Yüksek ateşi düşürme için yaptıkları uygulamalarda ilk sırada ateş düşürücü verme (%38.4) gelmektedir. Ailelerin %61.6'sı yüksek ateş konusunda yeterli bilgisinin olmadığını düşünmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça doğru ateş ölçme yöntemi kullanma, yüksek ateş olarak kabul edilen değerleri doğru olarak bilme ve yeterli bilgiye sahip olduklarına inanmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (ki kare testi,  $p < 0.05$ ).

**Sonuç**

Araştırmada yüksek ateşin belirlenmesinde, annelerin ateşi nasıl ölçtükleri, nasıl düşürdükleri konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Yüksek ateşli çocuğun bakımında öncelikle yer alması gereken, çocuğun giysilerini çıkarma, odayı havalandırma, yeterli sıvı desteği, ılık uygulama gibi fiziksel işlemlerin önemi ile doktor istemine göre ilaç kullanma konularında sağlık hizmetlerinin her basamağında görev alan ebe, hemşire, doktor ve diğer sağlık görevlileri tarafından eğitim verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Bebek bakımı, Yüksek ateş, Bilgi

- Öğr. Gör. Nuriye KARADAĞ, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - nkaradag@balikesir.edu.tr
- Öğr. Gör. Semihat TÜRKER, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - semihatturker@hotmail.com
- Zehra SARIDAYI, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - zehra\_saridayi@hotmail.com
- Mukadder GÜN, Jandarma Lojistik Komutanlığı Sağ. İkm. ve Bak. Şb. - mukadder@registeredsnurses.com

**BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİ HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ANNELERİN BEBEK BAKIMI KONUSUNDA GELENEKSEL UYGULAMALARI****N. KARADAĞ, S. TÜRKER, Z. SARIDAYI, M. GÜN****Giriş ve Amaç**

Çeşitli toplumlarda hastalıkların farklı nedenlerle açıklandığı, buna bağlı olarak tedavi uygulamalarının farklılaştığı görülmektedir. Anneler çocuklarının gelişme ve büyümelerinden; hasta olduklarında bakımından sorumludur. Bu nedenle bebek bakımı konusundaki bilgileri, yaptıkları özellikle sağlık açısından zararlı olan geleneksel uygulamaları bebeğin iyileşme sürecini uzatabilmekte, etkin tedavi almasını engellemekte hatta sakatlık ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Bu araştırmada Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde yatarak tedavi gören annelerin bebek bakımı konusundaki geleneksel uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma kesitsel nitelikte olup 4Kasım 2007- 5Aralık 2007 tarihlerinde Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevine herhangi bir sağlık problemi nedeniyle başvuran ve en az bir çocuk sahibi olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 72 anne araştırma örneğini oluşturmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan annelerin bireysel özelliklerini ve bebek bakımı konusundaki geleneksel uygulamalarını belirlemeye yönelik anket formuyla toplanmıştır. Uygulama öncesi kadınlardan izin alınmış ve anket formları kadınlarla yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veriler SPSS istatistik programıyla bilgisayarda değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırma kapsamındaki annelerin yaş ortalaması 26.2±5.3 olup, %62.5'si ortaokul ve daha üzeri eğitim almıştır. Doğumdan sonra bebeğin göbeğinin düşmesi ve bakımı için %54.2'si bir uygulama yapmazken, %45.9'u batikonla temizlediğini ve kuru tuttuğunu söylemektedir. %95.8'i bebeğin doğar doğmaz beslenmesi gerektiğini belirtirken doğumdan sonra ilk sütü (kolostrum) bebeğe verdiğini belirtenler %87.5'dir. Annelerin %47.2'si bebeklerini kundaklamış, %27.8'i tuzlamış, %34.7'si sarılık olmasın diye sarı bez örtmüştür. Annelerin bebek bakımına yönelik yaptıkları uygulamalarda doğru olarak: %73.5'i pişik olduğunda doktora götürdüğünü ve krem kullandığını, %97.2'si ateşi olduğunda doktora götürdüğünü ve ateş düşürücü şurup fitil kullandığını, %95.8'i çocuk da öksürük olduğunda doktora götürdüğünü ve ilaç kullandığını ifade etmektedir.

**Sonuç**

Annelerin bebek bakımına yönelik bazı geleneksel uygulamaları sürdürdükleri görülmüştür. Doğum öncesi izlem, doğum hizmetleri ve doğum sonrası izlem hizmetleri sunulurken bu uygulamalarda bebeğin tuzlanması ve kundaklanmasının zararlı uygulamalar olduğu konusunda annelere sağlık eğitimi verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Tuzlama, kundaklama, kendikendine bakım

- Öğr. Gör. Nuriye KARADAĞ, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - nkaradag@balikesir.edu.tr
- Öğr. Gör. Semihat TÜRKER, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - semihatturker@hotmail.com
- Zehra SARIDAYI, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - zehra\_saridayi@hotmail.com
- Mukadder GÜN, Jandarma Lojistik Komutanlığı Sağ. İkm. ve Bak. Şb. - mukadder@registerednurses.com

**BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BEBEKLERİN UYKU POZİSYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****Emine BARAN, M. Esin OCAKTAN, Sabahattin KOCADAĞ, Ayşe YILDIZ, Recep AKDUR****Giriş ve Amaç**

Ani Bebek Ölüm Sendromu (ABÖS): bir yaşın altında bir bebeğin tüm nedenler araştırıldıktan sonra ani ölüm nedeninin açıklanamamış olarak kalmasıdır. ABÖS'nin Türkiye'de sıklığı bilinmemekle birlikte, gelişmiş ülkelerde ilk bir yaşta görülen ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Yüzüstü uyuma pozisyonu, gebelik boyunca annenin sigara içmesi, genç anne yaşı, prematür ve/veya düşük doğum ağırlığı, erkek cinsiyet ve anne sütü almama ABÖS'da değiştirilebilir risk etmenlerindedir. Amerikan Pediatri Akademisi bebeklerin uyurken sadece sırtüstü yatırılmasını önermektedir. Bu çalışma bir sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebeklerin ABÖS risk etmenlerinden bazıları ile bebeklerin uyku pozisyonlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Ankara il merkezinde bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan kesitsel tipteki çalışmamızın evrenini; 1 Ocak 2006-31 Aralık 2006 tarihleri arasında doğan 122 bebek ve anneleri oluşturmuş olup 121 anneye (%99.2) ulaşılmıştır. Hazırlanan anket formları ebe ve hemşireler tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

**Bulgular**

Annelerin %60.4'ü 20-29 yaşları arasında (%3.3'ü 20 yaşın altında) ve %40.5'i ilkökul mezunudur. Bebeklerin %47.1'u erkek bebek ve %2.3'ü prematür bebektir. Bebeklerin uyurken %13.2'si sadece sırtüstü, %44.6'sı sırtüstü ve yan yatırılmaktadır. Annelerin %20.7'si gebelikleri süresince sigara içmiştir. Tüm anneler bebeklerini bir süre emzirmiş olup, %88.4'ü emzirmeyi hâlen sürdürmektedir. Aile tipi, gelir durumu, anne yaşı ile bebeğin uyurken sırtüstü yatırma durumu arasında istatistikî anlamlılık düzeyinde bir ilişki bulunmamıştır. Lise ve üstü öğrenim düzeyine sahip anneler ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip annelerden, bir bebeği olan anneler de iki veya daha fazla bebeği olan annelerden ayrıca apartman dairesinde yaşayan anneler gecekonduda yaşayan annelerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde bebeklerini uyuturken sırtüstü yatırmaktadır (sırasıyla  $X^2= 4.342$ ,  $p= 0.037$ ;  $X^2= 5.351$ ,  $p= 0.021$  ve  $X^2= 5.303$ ,  $p= 0.021$ ).

**Sonuç**

Çalışmamızda bebeklerin sadece %13.2'si sırtüstü yatırılmaktadır. ABÖS risk etmenleri ile bebeklerin uyurken sırtüstü yatırılması konusunda tüm annelerin daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Ani Bebek Ölüm Sendromu, Sırtüstü Uyku Pozisyonu, Gebelikte Sigara İçimi

Bu çalışma "Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebekleri Olan Annelerin Emzirme Durumları Ve Etkileyen Faktörler" çalışması ile entegre (birlikte) yapılmıştır.

\* Arş. Gör. Dr. Emine BARAN, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - eminibaran@yahoo.com

**ÇANAKKALE İL MERKEZİ 4 NO'LU SAĞLIK OCAĞINA KAYITLI GEBELERİN YENİDOĞAN SÜNNETİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARI VE YENİDOĞAN SÜNNETİNE BAKIŞ AÇILARI****Seyran ŞENVELİ, Arife ÖZKAN, Şirin ÜNAL, Burçin MUTLU, Çisem ÖZKURT, Berna ÇAMDALI****Giriş ve Amaç**

Yenidoğan sünneti; yenidoğanın doğduktan sonraki 24-48 saat içinde sünnet edilmesi diye tanımlanır. Yenidoğan sünneti bebeklerin ağrı eşiklerinin yüksek, bakımının kolay, yara iyileşmesinin çok hızlı olması ve ileriki yaşlarda psikolojik stresin yaşanmaması nedeniyle avantajlıdır. Dünyada yenidoğanda rutin sünnet uygulaması ilk olarak 19. yüzyılda hastalıklardan korunma amacı ile başlamıştır. Ülkemizde ise son yıllarda eğitim düzeyi belli bir ortalamanın üzerinde olan anne babalar arasında giderek tercih edilmektedir.

Bu çalışma; Çanakkale ili 4 No'lu Sağlık Ocağına kayıtlı gebelerin yenidoğan sünnetine bakış açıları ve yenidoğan sünneti ile ilgili bilgi durumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Sağlık il müdürlüğünden yazılı izin alınarak yürütülen tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Çanakkale il merkezine bağlı 4 No'lu Sağlık Ocağına kayıtlı 84 gebe, örneklemini ise adreslerinde ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 gebe oluşturmuştur. Anket yöntemiyle toplanan veriler SPSS 15 paket programında yüzdeler ve ki-kare testleriyle değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Gebelerin %38'i 25-29 yaş, %16'sı 35-39 yaş aralığında, %88'i ev hanımı, %54'ü ilköğretim, %26'sı lise, %12'si üniversite mezunu ve %8'i okur yazar değildir. Gebelerin sünnet için düşündükleri uygun yaş aralığının %48'ini 6-8 yaş grubu oluşturmaktadır. Gebelerin eğitim düzeyi ve sünnet yaşı tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,004). Gebelerimizin %58'inin yenidoğan sünnetini hiç duymadığı, %32'sinin duyduğu fakat ayrıntılı bilgiye sahip olmadığı, %10'unun ise bildiği ve yararlı olduğunu düşündüğü saptanmıştır. %72'si yenidoğan sünneti hakkında bilgi almak istediğini, %64'ü yenidoğan sünneti yaptırmak istemeyeceğini belirtmiştir. Gebelerin %54'ü çocuğun gelişimi, %16'sı maddi durum, %50'si çocuğun sağlık durumu, %8'i de geleneksel nedenler sünnet yaşının belirlenmesinde etkilidir demişlerdir.

**Sonuç**

Araştırma yapılan grupta yenidoğan sünneti hakkında bilgi sahibi olma oranı düşüktür. Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça yenidoğan sünnetine daha olumlu yaklaşımları ve tercih ettikleri görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Yenidoğan sünneti, sünnet yaşı



**ÇANAKKALE İLİ ÇOCUK CERRAHİ VE ÇOCUK SERVİSİ BÖLÜMLERİNDE REFAKATÇI OLARAK KALAN ANNELERİN KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ****S. VURUR, A. BALTA, Ö. TOKER****Giriş ve Amaç**

Ebeveynlerin şiddetli anksiyete yaşamaları çocuk hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun karar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını o zamana kadar kullandıkları uygun baş etme yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarını engelleyebilir. Bu çalışma çocuğu hastanede kalan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek için yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini Çanakkale Hürriye Mehmet Demircioğlu Hastanesi ek binasında 3 Aralık 2007 ile 3 Mart 2008 tarihleri arasında çocuk ve çocuk cerrahi servisinde yatan çocukların aileleri oluşturmaktadır. Toplamda 320 aile görüşülmüş olup bunlardan 300 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve araştırmanın örneklemini oluşturmuşlardır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anne ve çocuk bilgi formunun yanında aile kaygı ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya alınan refakatçi annelerin yaşlara göre dağılımlarında %62'sinin 26-35 yaş grubunda olup: %44.3'ü lise mezunu %1.7' si hiç okuma yazma bilmemektedir. Annelerin %72.7'si ev hanımı %11.7' si ise memur olup %52' si ilçede oturmaktadır. Sağlık güvenceleri incelendiğinde %52.7'si SSK'lı olup %4.7'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Annelerin ekonomik düzeyi algılama durumlarında %49'u gelir gidere eşit derken %37.7 'si gelir giderden fazla demmiştir. Ailelerin %88.7'si çekirdek aile olup, %51.7'sinde tek çocuk bulunmakta, %2.7'si dört ve üstü çocuğa sahiptir. Annelerin %52'si daha önce refakatçi olarak hastanede bulunmuşlar.

Araştırmaya alınan hasta çocukların %57.7'si kız %42.3' ü erkektir. Çocukların %85.3'ü çocuk servisinde kalyorken %87.7'si ilaç tedavisi almakta %12.3 'ü operasyon geçirmiş durumdadır. Çocukların %5.7'sinde başka bir hastalık olduğu saptanmış olup %45'inin hastanede ilk kez yattıkları saptanmıştır.

Ailelerin %93.3'üne hastalık hakkında bilgi verilmiş, %87.7'si alınan bilgiyi yeterli bulduğunu söylemiştir.

Anne eğitimi ve aile kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında "Bağımlılık ve Kendini Yönetme" bölümünde beş yıllık eğitime sahip annelerle "Sürekli Hastalık Kaygısı" bölümünde hiç okuma yazma bilmeyen annelerin kaygı düzeyleri en fazla bulunmuştur.

Anne yaşı ve aile kaygı ölçeği karşılaştırıldığında "Ömür Boyu Bakım", "Fiziksel Sınırlılık" , "Bilişsel Bozukluk" basamaklarında 46 ve üstü anne yaş grubunun kaygı düzeyi en fazla olup "Aile İçi Uyumsuzluk" basamağında ise 26-35 yaş grubu annelerin kaygı düzeyleri fazla bulunmuştur.

**Sonuç**

Araştırmanın sonucuna göre çocukları hasta olan ailelerin sorunlarının hastanın durumunu etkilediği ortaya konmuştur. Ebe-hemşire bağımsız görevlerini iyi kullanıp hastaya ve ailesine yardımcı olmalıdır. Bu durum tedavi sürecini hızlandıracaktır.

**Anahtar Kelimeler**

hasta çocuk ,kaygı,aile kaygı ölçeği.

• Öğr. Gör. SEVDA VURUR, ÇOMÜ - svurur99@comu.edu.tr

• AYŞE BALTA, ÇOMÜ

## ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ. GENEL ÇOCUK POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE TANILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. TEPE, E. GÜNDÜZ, S. ULUDAĞ KİS, Z. SÜTOLUK, M. AKBABA**

### Giriş ve Amaç

Genel Çocuk poliklinikleri hastaneye getirilen çocuk hastaların ilk başvuru merkezidir. Öykü, fizik muayene ve gerekli tetkikler sonrasında tanısı konan hastalar, daha sonra ilgili pediatri bölümünce takip edilirler. Bu çalışmanın amacı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Genel Çocuk Polikliniğine başvuran hastaların demografik özelliklerinin ve aldıkları tanıların değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı bu çalışma 01.11.2007 ile 31.12.2007 tarihleri arasında ÇÜTF Genel Çocuk polikliniğine başvuranlarda yapıldı. Belirtilen dönemde başvuranlar arasından çalışmayı kabul eden 150 kişi bu çalışmanın örneklem grubunu oluşturdu. Başvuranların yaş, cinsiyet, sosyal güvence durumu, yaşadıkları yer, ebeveynlerin eğitim durumları, çocukların anne sütü alma durumları ve aldıkları tanıları değerlendirildi. Çalışmanın istatistiksel analizinde tanımlayıcı analizler ve ki kare testi yapıldı.

### Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan çocukların yaş ortalaması 83.4±55.6 ay (En düşük 1; En yüksek 212) olarak saptandı. Başvuranların %50.7'si kız, %49.3'ü erkekti. Bu çocuklar ortalama 11.6±10.0 ay anne sütü almışlardı. Başvuranlarda en sık görülen kronik hastalık %14.7 ile allerjik hastalıklar iken, ikinci sıklıkta %6 ile nörolojik hastalıklar ve üçüncü sıklıkta ise %4 ile endokrin hastalıklar bulundu. Başvuranların %94'ünün anneleri ev hanımı idi, babalarının ise %50.7 sinin işçi olduğu bulundu. Çalışma grubunu oluşturan çocukların annelerinin %52'si ilk okul, %20.7'si lise, %12.7'sinin ortaokul mezunu olduğu bulundu. Başvuranların sosyal güvenceleri incelendiğinde %50'sinin SSK'lı, %22'sinin Yeşil Kart'lı, %16'sının emekli sandığı, %10'unun ise Bağ Kur'lu olduğu ve %2'sinin de sosyal güvencesinin olmadığı bulundu. Ailenin aylık gelir durumu araştırıldığında %48'inin 500 YTL altında, %34.7'sinin 500-1000 YTL arasında ve %10.7'sinin de 1000-1500 YTL arasında olduğu bulundu. Çocukların aldıkları tanıları incelendiğinde; ilk sırayı %23.3 ile allerjik hastalıkların, ikinci sırayı %20 ile endokrinolojik hastalıkların ve üçüncü sırayı da %16 ile nörolojik hastalıkların aldığı bulundu. Anne sütü alma süresi arttıkça allerjik hastalık sıklığı azalmaktaydı.

### Sonuç

Başvuranların aldıkları tanıları göre en sık allerjik hastalıklar bulundu. Kronik hastalığı olanlarda da allerjik hastalıklar yine en başta gelmekteydi. Ebeveynlerin çoğunluğunun eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik düzeyleri düşük-orta düzeyde idi.

### Anahtar Kelimeler

Allerji, Genel Çocuk Polikliniği, Tanı.

- Arş. Gör. Dr. SEDA TEPE, ÇÜTF Halk Sağlığı - dr.sedatepe@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. ESRA GÜNDÜZ, ÇÜTF Halk Sağlığı - egunduz@cu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. SELEN ULUDAĞ, ÇÜTF Halk Sağlığı - skis@cu.edu.tr
- Uzm. Dr. ZEYNEL SÜTOLUK, ÇÜTF Halk Sağlığı - zsutuluk@cu.edu.tr
- Prof. Dr. MUHSİN AKBABA, ÇÜTF Halk Sağlığı - akbaba@cu.edu.tr

**DIYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ'NDEKİ ÖLÜM KAYITLARININ İNCELENMESİ  
(2003 - 2007)****E. KASIMOĞLU, G. SAKA****Giriş ve Amaç**

Sağlık hizmetlerinin planlanması açısından çok önemli olan çocuk ölüm nedenlerinin Diyarbakır'daki dağılımını ortaya koymak için Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde(DÇHH) 2003-2007 yılları ölüm kayıtlarının değerlendirilmesi karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma tanımlayıcıdır. DÇHH 400 yatak kapasiteli olup çevre illere de hizmet veren önemli bir sağlık kuruluşudur. Hastanenin 2003-2007 yıllarına ait ölüm istatistik formları izinle alınarak değerlendirilmiştir. Tüm kayıtlı ölümler yıllara göre değerlendirilmiş, ölüm nedeni "exduhul" olarak belirtilenler çıkarıldıktan sonra ölüm nedenlerinin dağılımı incelenmiştir. Yaş,cins,yıl ve ölüm nedenlerine göre frekans tabloları oluşturulmuştur.

**Bulgular**

DÇHH'ine son beş yılda toplam 2532 ölüm meydana geldiği belirlenmiştir.Yıllara göre ölüm olgularında artış görülmüştür. Son 5 yılda ölenlerin %18.5'i 2004 yılında saptanmışken bu oran 2007 de %25.7'ye çıkmıştır. Yatan hasta sayılarına göre 2004 de ölüm hızı %034.2 iken 2007'de %029.4 olmuştur. Ölüm olgularının %61.0'inin erkek, %39.0'unun kız olduğu belirlenmiştir. Ölenlerin %94.2'sinin bir yaşın altında olduğu, %78.7'sinin ise 0-28 günlük olduğu belirlenmiştir. En sık görülen ölüm nedenlerinin sepsis (%25), prematürite (%21), akciğer enfeksiyonları (%7) olduğu görülmüştür. 186 olguda (%8) kardiyak arrest, kalp yetmezliği gibi onları asıl ölüme götüren nedenlerin yazılmadığı saptanmıştır.

0-7 gün ölenler arasında en sık yazılan ölüm nedenleri prematürite %27.5, sepsis %22.5, respiratuar distres sendromu %8.8 idi. 8-28 günlük ölümlerde ise sepsis %39.0, prematürelilik %17.7 ve respiratuar distres %7.5 ile ilk sıralarda gelmekteydi. Yeni doğan döneminde 116 olguda konjenital anomali (%6.3) bildirilmiştir. Yenidoğan sonrası dönemde %25.8 ile sepsis, %18.4 ile akciğer enfeksiyonu, %16.8 ile kardiyak arrest en sık ölüm nedenleri olarak kaydedilmiştir. En sık çocuk ölüm nedenleri ise akciğer enfeksiyonu %28.7, kardiyak arrest %16.2 ve sepsis %14.7 idi.

**Sonuç**

Kayıtların incelenmesi çocuk ölüm nedenlerinin belirlenmesinde önemli ip uçları vermektedir. Ancak temel ölüm nedenlerinin belirtilmesinde sorun vardır. Çocuk ölümlerinin büyük çoğunluğu bir yaş altında ve doğum öncesi, doğum, doğum sonrası bakım hizmetleriyle azaltılabilecek ölümlerdir

**Anahtar Kelimeler**

Çocuk Ölüm Nedenleri, Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

- Öğr. Gör. EVİN KASIMOĞLU, DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MYO - evinkasimoglu@gmail.com
- Doç. Dr. GÜNAY SAKA, DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - gsaka@dicle.edu.tr

**EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİğİ UYGULAMASININ BİRİNCİ YILINDA ÇOCUK BESLENMESİ HİZMETLERİNİN DURUMU- 2008**

**G. V. SARACOğLU, M. ESKİOCAK, H. DEDELER, T. ERARSLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ**

**Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne'de Anne Sütü ile beslenmenin özendirilmesi uygulamalarının durumunu saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Şubat 2008'da Edirne ilini temsil edici bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırıcılarca hazırlanan anket formları aracılığıyla, eğitilmiş tıp, hemşirelik öğrencileri ve hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örnekleme büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örnekleme Büyüklüğü Belirleme Tablosundan  $5 \pm$  doğruluk (accuracy) ve % 95 Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, 2 yaş altında 400 çocuk ve annesi ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocuklar, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, standart bir rehber ve yöntemle uygun katılımcıları bulana dek kapı kapı gezerek yapılmıştır. Görüşmede katılımcılara "Çocuk Beslenmesi"ne yönelik hizmetlerden yararlanma durumlarını tespate yönelik sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır. Kesitsel tipte bir araştırmaadır.

**Bulgular**

Altı aydan küçük çocuğunu yalnızca anne sütü ile besleme oranı genelde % 28.5; romanlarda bu oran %41.1 olarak bulunmuştur. Çocuğunu anne sütü ve ona ek olarak mama ile besleme ise kırsaldakilerde anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.0001$ ,  $X^2=16.4$ ).

Altı aydan büyük çocukların ek besin alma sıklığı kentte %89.5, kırdada %83.5'tir. Yerleşime göre beslenme durumunda fark saptanamamıştır.

**Sonuç**

Altı ayın altındaki çocuklarda yalnızca anne sütü ile beslenme oranı düşüktür. Dezavantajlı gruplar olarak kırsal alanda hazır mamalar altı aydan küçük bebeklerin beslenmesinde önemli yer kaplarken; romanlarda ilk altı ay yalnızca anne sütü kullanımı yüksektir. AH uygulamasının birinci yılında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden beslenme ile ilgili sorun olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Beslenme, dezavantajlı gruplar, anne sütü, aile hekimliği, lot kalite

- Yrd. Doç. Dr. Gamze Varol Saraçoğlu, Namık Kemal Üniversitesi - gsaracoglu@nku.edu.tr
- Doç. Dr. Muzafer Eskiocak, Trakya Üniversitesi
- Arş. Gör. Hasan Dedeler, Trakya Üniversitesi
- Yrd. Doç. Dr. Ufuk Berberoğlu, Trakya Üniversitesi
- Arş. Gör. Dr. Teoman Eraslan, Trakya Üniversitesi
- Arş. Gör. Dr. Nagihan Günçikan, Trakya Üniversitesi
- Yrd. Doç. Dr. Seval Alkoy, Abant İzzetbaysal Üniversitesi
- Prof. Dr. Faruk Yorulmaz, Trakya Üniversitesi

**EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN 1. YILINDA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN DURUMU, 2008**

**G. VAROL SARAÇOĞLU, M. ESKİOCAK, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ**

**Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne'de çocuk sağlığı hizmetlerinin durumunu saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Şubat 2008'da Edirne ilini temsil edici bir örnekte gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılarca hazırlanan yapılandırılmış anket formları aracılığıyla, bu konuda eğitilmiş tıp, hemşirelik öğrencileri ve hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örneklem Büyüklüğü Belirleme Tablosundan  $5 \pm$  doğruluk (accuracy) ve % 95 Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, 2 yaş altında 400 çocuk ve annesi ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocukların seçimi, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, yazılı bir rehberin yardımıyla tanımlanmış bir yöntemle uygun katılımcıları bulana dek kapı kapı gezerek yapılmıştır. Görüşme anında katılımcılara "Çocuk sağlığı hizmetleri" için öngörülen hizmetlerden yararlanma durumlarını tespit etmeye yönelik sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır

**Bulgular**

Bir yaşından küçük çocuk sayısı 230'dur. Bu çocukların 168'i (%73) kentsel alanda yaşamaktadır. İnuterо döneminde bebek izleme oranı %20.4'tür. Bu oran kentsel alanda kırsala göre anlamlı derecede olumsuz yönde farklıdır ( $p=0.020$  -  $2=5.4$ ). Bir yaşın altında çocuklar incelendiğinde son altı ay için evinde bir ASM tarafından çocuk sağlığı açısından hizmet alımı incelendiğinde, kentsel alanda yaşayanların aleyhine anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ( $p=0.0001$  -  $2=20.0$ ). İki yaş altı çocuklar için son altı ay içinde evinde bir ASE/ASM tarafından ziyaret edilme oranı %9.3'tür (21/262). Bir yaş altı çocukların D vitamini ve Fe desteği alma oranları sırasıyla %82.6' ve %58.7'dir.

**Sonuç**

Bebek ve çocuk izlemeleri yetersizdir. AH uygulamasının birinci yılında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden çocuk sağlığı ile ilgili sorun açıkça görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Çocuk sağlığı, dezavantajlı gruplar, aile hekimliği, lot kalite

- Doç. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI - muzaffereskiocak@yahoo.co.uk
- Yrd. Doç. Dr. GAMZE VAROL SARAÇOĞLU, NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI
- Arş. Gör. HASAN DEDELER, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI
- Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU
- Arş. Gör. Dr. TEOMAN ERASLAN
- Arş. Gör. Dr. NAGİHAN GÜNÇIKAN
- Yrd. Doç. Dr. SEVAL ALKOY
- Prof. Dr. FARUK YORULMAZ

**İZMİT KENT MERKEZİNDE ÜÇ İLKÖĞRETİM OKULUNDA ANAOKULU VE 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE GÖRME BOZUKLUğU SIKLIğI**

**S. YÜKSEL, B. ÇÜÇEN, R. ALPASLAN, Ü. ÇAğLAYAN, S. ÇAM, E. EMRE, Ş. KESİM, A. NURİOğLU, A. RAMAZAN, G. OğUZHAN, R. OKUR, R. OSMANOğLU, T. ÖZTÜRK, Ş. SEYYİDOğLU, E. TEKELİOğLU, E. VARGÖL**

**Giriş ve Amaç**

Görme bozukluğu, öğrencinin eğitim başarısını doğrudan etkileyen bir sağlık sorunu olduğundan okul sağlığı hizmetleri kapsamında öncelikli olarak ele alınmaktadır. Bu araştırma ilköğretim okullarında ana ve birinci sınıf öğrencilerinde görme bozukluğu sıklığının saptanması ve bunun eğitim başarısı ile ilişkisini sorgulamak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma, Şubat 2008 tarihinde Kocaeli ili Gündoğdu Sağlık Ocağı Bölgesindeki üç ilköğretim okulunda öğrenim gören 1. sınıf ve ana sınıfı öğrencilerinde yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmaya 1. sınıf ve ana sınıfı öğrencilerinin tümü dâhil edilmiştir.

Araştırmada taramayı yapan KOÜ Tıp Fakóltesi Dönem 6 öğrencilerine, araştırma öncesinde KOÜ Tıp Fakóltesi Göz Hastalıkları AD öğretim elemanları tarafından eğitim verilmiştir. Görme keskinliği muayenesinde ışıklı Snellen tabelaları kullanılmıştır. Ayrıca ampliyopi, pitoz ve şaşılık değerlendirilmiştir. Okul yönetiminden öğrencilerin birinci sömestr başarı durumları alınmıştır. Görme kusuru ile başarı durumu arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Görme kusuru saptanan öğrenciler KOÜ Hastanesi Göz Polikliniğine çağırılarak ücretsiz olarak tanı ve takip amaçlı değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya 256 öğrencinin %94,5'i katılmış olup %54'i erkek, %45'i kızdır. Araştırmaya alınan dört ana okulu öğrencisi ile kooperasyon sağlanamamış, muayenesi yapılanlarda %10,5'nin sol %11,3'nün sağ gözünde görme kusuru (<0,7) saptanmıştır. Öğrencilerden yalnızca %1,2'si gözlük kullanmaktaydı. Ambliyopi %11,2 saptanmış olup, Hirschberg testi pozitif olan bir öğrenci tespit edilmiş, pitoz saptanmamıştır. Herhangi bir gözde görme bozukluğu olan çocuklarda, görme bozukluğu olmayanlara göre başarı durumu düşük olarak saptanmıştır (p<0,05). Görme bozukluğu tespit edilip, kesin tanı ve tedavi amacı ile davet edilmiş öğrencilerden 40'ı göz polikliniğinde muayene edilmiştir

**Sonuç**

Öğrencilerin sadece %1,2'si görme kusurunu biliyor ve gözlük kullanmaktaydı. Araştırmamızdaki öğrencilerden %13,2'sinin kırma kusurlarından haberleri yoktu. Görme bozukluğu olan öğrencilerin başarı durumlarının daha olumsuz olması okul sağlığı hizmetlerinde göz taramalarının önemini bir kez daha göstermektedir. Öğrencilerin okula giriş sırasında ve aralıklı muayeneler ile düzenli değerlendirilmesi ileriki yaşlara önemli etkisi olabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisine olanak tanıyacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Görme bozukluğu, öğrenciler, okul sağlığı, eğitim başarısı.

• Arş. Gör. Dr. Selim Yüksel, KOÜ Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı A.D. - drselimyuksel@gmail.com

**KONYA İL MERKEZİNDE İKİ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA AŞI TAKVİMİNE UYUM****S. BODUR, L. S. DEMİR****Giriş ve Amaç**

Bebek aşılarında bağışıklama oranının yüksekliği kadar aşılarnın zamanında yapılması da önemlidir. Çalışmada, toplumun bebek aşılamalarında aşı takvimine uyumunun tespit edilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, 2007 yılında Konya il merkezinde yapıldı. Kesitsel tipte olan bu çalışmada nüfusa ağırlıklı sistematiik küme örnekleme metodu kullanıldı. Çalışmada, 24 aydan küçük bebeği/çocuğu olan ve sözlü anamı alınan 380 anne ile görüştü. Eğitilmiş anketörler aracılığıyla yapılan yüz yüze görüşmede anne ve bebeklerin demografik özellikleri ile aşı tarihleri, aşı kartındaki bilgilerden ve annenin sözel ifadesinden yararlanarak tespit edildi.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan annelerin % 53'ü 25-34, % 38'i 18-24 yaş grubunda ve % 91'i ev hanımıydı. Annelerin % 59'u ilkokul, % 28'i ortaokul/lise, % 11'i yüksekokul mezunu olup % 2'si okuryazar değildi. Çocukların yaş ortalaması 9.7±6.6 aydı. Çalışmaya katılan bebeklerin % 52'si erkek, % 44'ü ilk bebektir. Çalışmaya katılan annelerin % 6'sı daha önce ölen çocuğu olduğunu belirtti. Annelerin % 97'si bebeklerinin aşı kartı olduğunu ve % 96'sı aşıları vaktinde yaptırdığını ifade etti. Bebeklerin % 64'ünün aşı takvimine uygun, % 20'sinin gecikmeli olarak aşılandığı tespit edildi. % 16'sı ise yaşına göre tam aşıli değildi. Çalışmaya katılan bebeklerin % 6'sına hiç aşı yapılmadığı tespit edildi. Anne yaşı 35 ve üzeri olanlarda yaşına göre tam aşısız bebek oranı anlamlı olarak daha yüksek ve takvime göre uygun aşılanmış bebek oranı daha düşük olarak tespit edildi. Kız bebeklerin % 71'i yaşına göre tam aşılydı ve bu oran erkek bebeklerden anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.025). Daha önce bebeği ölen annelerin % 46'sının şimdiki bebeği yaşına göre tam aşısızdı (p=0.001). Aşı kartı olmayan bebeklerin yaşına göre tam aşısız olma oranı aşı kartı olan bebeklere göre daha yüksek, takvime uygun aşılananların oranı ise daha düşüktü. Annenin çalışma durumu, öğrenim düzeyi ve bebeğin doğum sırasının aşı uyumu ile bir ilişkisi tespit edilemedi.

**Sonuç**

Büyük kent merkezinde bile yaşına göre tam aşıllık oranı beklenen düzeyin altındadır. Özellikle daha önce bebeği ölen veya 35 yaş üzerindeki annelerin bebeklerinin zamanında aşılanmasının sağlanmasına özen gösterilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Aşı takvimi, aşılama, bağışıklama, tam aşıli

- Prof. Dr. Said BODUR, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - sbodur@myway.com
- Arş. Gör. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - lutfi.demir@yahoo.com

**MANİSA İLİNDE 2007 YILINDA MEYDANA GELEN BEBEK ÖLÜMLERİ VE ÖLÜ DOĞUMLAR: TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE NEDENLERİ****G. ATASOYLU, Y. BAYDUR, B. DEVECİ, E. ÖZMEN, Z. TAY****Giriş ve Amaç**

Bebek ölümlülüğü, toplumların sağlık düzeyinin belirlenmesinde ilk bakılacak anahtar bir ölçüttür. Ölü doğum hızı, anne ve bebek sağlığı kapsamında incelenen bir diğer önemli göstergedir.

Bu çalışmanın amacı, Manisa İlinde 2007 yılında meydana gelen bebek ölümleri ve ölü doğumların kişi-yer-zaman bakımından temel tanımlayıcı özellikleri, nedenleri ile risk faktörlerini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte bir araştırma olan bu çalışma, 2008 yılının Haziran ayında Manisa Sağlık Müdürlüğü çalışanları tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada AÇSAP Şubesi tarafından toplanan Bebek Ölümleri Bildirim Sistemi Formları kullanılmıştır. Bebek ölümü ve ölü doğum hızları ile sağlık personeli tarafından ve sağlık kurumunda gerçekleştirilen; erken ve düşük ağırlıklı doğumların oranının hesaplanmasında Form 023'ten yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri, yüzdeler ve aritmetik ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin bilgisayara girilmesi, hesaplanması ve istatistiksel analizler SPSS 11.5 programı yardımıyla yapılmıştır.

**Bulgular**

Manisa İli için 2007 yılında BÖH binde 11,4; ÖDH binde 10,4'tür.

Ölen bebeklerin %53,6'sı; ölü doğumların % 48,1'i erkektir. Bebek ölümlerinin %67,6'sı; ölü doğumların %89,9'u Manisa'da meydana gelmiştir. Bebek ölümlerinin %29,5'i; ölü doğumların %29,6'sı kiş olgularındır.

Ölen bebeklerin %44'ü; ölüdoğumların %23,8'i sezeryan ile doğurtulmuştur. Ölen bebeklerin %96,1'inin doğumu sağlık kurumunda; %96,7'si sağlık personeli yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Ölü doğumlarda ise bu oranlar sırasıyla % 96,9 ve %97,4'tür.

Ölen bebeklerin %43,5'inde; ölü doğumların %64'ünde preterm doğum eylemi; ölen bebeklerin %42,5'inde, ölü doğanların %57,1'inde DDA öyküsü bulunmaktadır.

Ölen bebeklerin %62,8'i yenidoğan döneminde gerçekleşmiştir. Yenidoğan ölümlerinin en önemli nedeni %39,2 ile prematürite; yenidoğan sonrası ölümlerinde %32,5 ile anomalilerdir. Ölü doğumların %32,8'i taze ölü doğumdur.

**Sonuç**

Bebek ölümleri ve ölü doğumların birinci basamakta saptanarak nedenlerinin incelenmesi çok önemlidir. Her bebek ölümü ve ölü doğum, meydana geldiği bölgenin sağlık çalışanları tarafından olgu çalışması olarak ele alınarak detaylı olarak incelenmelidir. Bu çalışmada, bebek ölümleri ve ölü doğumların önlenmesinde, son trimester, doğum eylemi ve prematüriteye yönelik yaklaşımların önemli olduğu anlaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Bebek ölümü, ölü doğum, ölüm nedeni, birinci basamak sağlık hizmeti, bildirim

- Uzm. Dr. GONCA ATASOYLU, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - goncaatasoylu@hotmail.com
- YETER BAYDUR, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- Dr. BANU DEVECİ, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- Dr. ERTAN ÖZMEN, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- Dr. ZİYA TAY, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



**MANİSA İLİNDE SON BEŞ YILDA BEBEK ÖLÜMLÜLÜĞÜ****G. ATASOYLU, M. BAYIK, Y. BAYDUR, E. ÖZMEN, Z. TAY****Giriş ve Amaç**

Sağlık hizmet sunumunun planlama, uygulama ve değerlendirilmesinde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin önemi büyüktür. Bu alanda, bebek ölümlülüğü, toplumların sağlık düzeyini ve sosyal refahını karşılamada ilk bakılacak olan anahtar bir ölçüttür. Bu çalışmada Manisa İlinin bebek ölüm hızındaki (BÖH) değişimin ve bu değişimde etkili olabilecek faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma 2008 yılı Haziran ayında Manisa Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmada Manisa Sağlık Müdürlüğü'nün Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması ile Bilgi-İşlem ve İstatistik Şubelerinin bebek ölümlülüğüne ilişkin verisi ve TNSA 2003 verisi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Bebek ölümlülüğü, Manisa İlinde Türkiye ve batı bölgesinden daha düşüktür. Manisa'da BÖH, 2003'te %013,6'dan 2007'de %011,4'e inmiştir. Son on yıla ait BÖH verisi regresyon eğrisi üzerinde incelendiğinde, BÖH'te 1998-2000 yılları arasında hızlı bir düşüş gözlenmektedir. Bu durumun sosyo-ekonomik gelişme ve buna paralel olarak sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet sunumunda iyileşmeye bağlı olduğu düşünülmüştür.

Düşme eğilimi 2006 yılında da dikkat çekici iken, 2007'de son iki yıla göre hafif bir yükselme izlenmiştir. Regresyon eğrisinin BÖH'teki azalmayı %90,8 olasılıkla açıklayabildiği, 2008'e projeksiyonunda düşme eğiliminin devam ettiği görülmektedir. 2006 yılındaki düşüşün daha çok erken yenidoğan dönemi ölümlerinin azalmasına bağlı olduğu izlenmektedir. 2005'ten sonra geç yenidoğan ölümlülüğünde artma eğilimi gözlenmektedir. Ölü doğum ve perinatal ölümlülük 2005-2006 yıllarında en düşük seviyededir. Perinatal ölümlülük içinde erken yenidoğan ölümlerinin payının 2006 yılında %28 ile en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç**

Son beş yıllık dönemde, BÖH'te 2006 yılında görece hızlı bir düşüş, 2007'de ise nispi bir artış görülmektedir. 2006 yılında bebek ölümlerinin azaltılması için diğer yıllardan farklı bir çalışma yapılmamıştır. 2007'de ise hem yeni bildirim sisteminin yürürlüğe girmesi, hem de periferdeki personel eksikliğinin giderilmesinin bildirimleri artırdığı söylenebilir. Asıl vurgulanması gereken nokta, azalma eğiliminin sürdüğüdür. Bebek ölümlülüğünde böylesi düzeylere inmiş olan toplumlarda azalmanın daha yavaş gerçekleştiği ve çentikler halinde sürdüğü göz önünde tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Bebek, ölüm, yenidoğan, yenidoğan sonrası, ölü doğum, bildirim

• Uzm. Dr. GONCA ATASOYLU, MANİSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - goncaatasoylu@hotmail.com

• Dr. MİNE BAYIK, MANİSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

• YETER BAYDUR, MANİSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

• Dr. ERTAN ÖZMEN, MANİSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

• Dr. ZİYA TAY, MANİSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**MANİSA KENT MERKEZİNDE 6., 7., 8. SINIF ÖğRENCİLERİNDE OKUL MASA - SIRA ERGONOMİSİ ve BEL AğRISI****Müjde İLGÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR****Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Manisa kent merkezinde yer alan ilköğretim okullarına devam eden 11-14 yaş grubu öğrencilerde okulda kullandıkları masa ve sıraların ergonomik özelliklerine bağlı bel ağrısı sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma: Manisa kent merkezinde bulunan ilköğretim okullarının altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşan toplam 13 224 öğrencinin oluşturduğu evrenden tabakalı rastgele örnek seçim yöntemi kullanılarak seçilen 1121 kişilik örneklem üzerinde ve bu sayıya ulaşmayı sağlayabilecek toplam 38 şubede yürütölmüş olup kesitsel tiptedir. Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından yapılandırılmış, bel ağrısı ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini sorgulayan bir anket formu ve sınıfta kullandıkları masa ve sıraların en, boy ve derinliklerinin ölçümüyle toplanmıştır. Araştırmanın toplam katılım oranı %91.08'dir.

**Bulgular**

Araştırmanın yapıldığı okullardaki sınıflarda kullanılan masa ve sıra boyutları Milli Eğitim Bakanlığının belirlemiş olduğu standartlara göre değerlendirildiğinde; masa genişliklerinin %34.9'u; masa derinliklerinin %83.6'sı; masa yüksekliklerinin %97.6'sı; sıra genişliklerinin %49.1'i; sıra derinliklerinin %97.2'si ve sıra yüksekliklerinin %49.1'inin standartlara uygun olmadığı belirlenmiştir. Tüm parametreler açasından uygun sıra ve masa bulunmaz iken, sıra ve masaların %20'side tüm ölçümler açasından uygunsuz bulunmuştur. Okulda kullandıkları sıra ve masalar ile ilgili olarak; öğrencilerin %68.0'ı sırtlarını dayadıkları yerin arkaya doğru hafif eğimli olmadığı; %46.2'si sıra ve çalışma masalarının yüzeyinin pürüzsüz ve cilalanmış olmadığını; % 38.4'ü sıra giriş çıkışlarında çarpmaya, takılmaya yol açaabilecek çıkıntılar olduğunu; %35.4'ü ise sıra ve çalışma masalarının dizlerini rahat hareket ettirebilecekleri kadar geniş olmadığını ifade etmişlerdir.

**Sonuç**

Öğrencilerin sınıflarında oturdukları yerde rahat olmaları bel ağrısı gelişme riski açasından önemlidir. Standartlar Türk öğrenci antropometrik özelliklerine göre yeniden gözden geçirilmeli ve mevcut sıra-masaların standartlara uygunluğu sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Okul sağlığı, bel ağrısı, masa-sıra ergonomisi

◦ Arş. Gör. Dr. MÜJDE İLGÜN, CBÜTF HALK SAğLIğI A.D. - mujde.serifhan@gmail.com

◦ Doç. Dr. PINAR ERBAY DÜNDAR, CBÜTF HALK SAğLIğI A.D. - pinarerbaydundar@yahoo.com

**MELİKGAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDEKİ ANNELERİN AŞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****A. BORLU, F. AKPINAR, İ. GÜN, E. BALCI****Giriş ve Amaç**

Son yıllarda aşı ile önlenebilir hastalıklarda mortalite ve morbidite azalmakla birlikte, ülkemizde arzulanan bağışıklama hedeflerine ulaşıldığı söylenemez. Çalışmamızda annelerinin aşılardaki bilgi düzeylerini, tutumlarını ve düşüncelerini saptamayı hedefledik.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma Ocak-Şubat 2007 tarihleri arasında Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma bölgesindeki 10 sağlık ocağında yapılmıştır. Anket formları aşı için sağlık ocaklarına başvuran 465 anneye yüz yüze görüştürülerek doldurulmuştur. Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Annelerden edinilen bilgilerle sağlık ocaklarında kullanılan Form 012'A'daki bilgiler karşılaştırılmıştır. Veriler bilgisayarda değerlendirilmiş, istatistik değerlendirmelerinde ki-kare testi kullanılmış, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular**

Annelerin yaş ortalamaları  $26.9 \pm 5.1$  yıldır. % 91.6'sı ev hanımı, % 46.5'inin öğrenim düzeyi ilköğretim ve altıdır. %98.3'ü aşının gerekliliğine inanmaktadır ancak %22.2'si aşının ne için yapıldığını bilmediklerini söylemişlerdir. %46.7'si aşının herhangi bir yan etkisi olmadığına inanmaktadır. İlk aşı ne zaman yapılır sorusunu %50.6'sı doğru yanıtlamıştır. %40.9'u aşılardan sorumlu personel ebe demmiştir. Annelerin %69.2'si kızamık, %64.1'i verem, %62.8'i hepatit, %60'ı tetanoz, %43.4'ü karma, %31.8'i su çiçeği, %31.4'ü çocuk felci, %26.0'sı boğmaca, %22.2'si difteri, %21.7'si menenjit, %20.0'si kabakulak, %15.3'ü kızamıkçık aşılardan haberdardır. Çocuklarına yaptırdıkları aşılardan sorulmuş, alınan cevaplar form 012'A'daki bilgilerle karşılaştırılmıştır. Annelerin çocuklarının aşılama durumunu doğru olarak bilme durumları; karma aşıda %77.2, hepatit aşısında %76.2, polio aşısına %75.1, verem aşısında %73.0, kızamık aşısında %68.4, menenjit aşısında %61.2 idi. Eğitimi ortaokul ve üzeri olan annelerin aşılama durumunu doğru bilme daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Annelerin %91.0'i çocuklarını aşılatmak için sağlık ocaklarını tercih etmektedirler.

**Sonuç**

Annelerin aşılama oranları, aşılama zamanları ve yapılıma zamanları konusundaki bilgileri yetersizdir. Eksik bilgilerine rağmen çocuklarını aşılatma oranlarının yüksek olması doğru tutum ve davranış sergilemeleri adına sevindiricidir. Anneler aşı yaptırmada büyük oranda sağlık ocaklarını tercih etmektedir. Bilgi eksiklikleri, sağlık personelinin özellikle annelerin çok güvendiği ebelerin yapacağı eğitimlerle kapatılırsa bağışıklama oranlarımız artacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Aşı, sağlık ocağı, kayıtlar, sağlık eğitimi

- Arş. Gör. Dr. ARDA BORLU, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - ardaborlu@gmail.com
- Arş. Gör. Dr. FATMA AKPINAR, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - akpinar1@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. İSKENDER GÜN, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - iskender@erciyes.edu.tr
- Uzm. Dr. ELÇİN BALCI, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - drelcin71@mynet.com

## ÖĞRENCİ VELİLERİNİN OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI

**İ. USTA, O. GÜNAY**

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma Tokat İli Erbaa İlçe Merkezi'ndeki ilkokullarda öğrenim gören öğrencilerin velilerinin okul sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışma Tokat İli Erbaa İlçe Merkezi'nde 2007 yılında yapıldı. Araştırma bölgesindeki öğrenci velilerinin okul sağlığı ile ilgili sorulara %50 oranında doğru yanıt verebileceği kabul edildi.  $d=0.05$ , güven düzeyi 0.95, power 0.80 alınarak, minimum örneklem büyüklüğü 786 olarak hesaplandı. Velilerin %20 kadarından cevap alınamayacağı düşünülerek, en az 1000 kişinin örnekleme alınması planlandı. İlçe merkezindeki 15 ilköğretim okulunda okuyan 8629 öğrenciden, 1/8 oranında sistematik örnekleme yöntemiyle seçilen 1078 öğrencinin velisi örnekleme alındı. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 27 sorudan oluşan anket formu aracılığıyla toplandı. Anket formunda, velilerin sosyodemografik özellikleri, okul sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi ve beklentileri ve çocuğunun sağlığı ile ilgili davranışları hakkında sorular vardı. Araştırma bölgesindeki tüm ilköğretim okulları araştırmacılar tarafından ziyaret edilerek, örnekleme alınan öğrencilere anket formları dağıtıldı. Anketlerin veliler tarafından doldurulduktan sonra ertesi gün geri getirilmesi istendi. Toplam 873 öğrenci velisi anketleri cevaplayarak geri gönderdi. Bu anketlerden 33'ü yeterli bulunmadığı için değerlendirmeye alınmadı. Böylece, 843 (%78.2) öğrenci velisiyle ilgili veriler değerlendirmeye alındı. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi kullanıldı.

### Bulgular

Araştırma grubundaki velilerin %54.2'sinin öğrencinin babası, %42.1'i annesi, %3.7'si ise diğer yakınları olduğu belirlendi. Velilerin ifadelerine göre; öğrencilerin %24.2'sinin sık hasta olduğu, %11.2'sinin sürekli bir hastalığı olduğu, %5.1'inin ise engelli olduğu belirlendi. Gelir düzeyi düşük olan ailelerdeki çocukların sık hastalanma yüzdesi, orta ve yüksek gelir düzeyli ailelerin çocuklarından önemli ölçüde yüksek bulundu. Velilerin %19.9'u öğretmenlerle sık görüştüğünü, %2.7'si öğretmenin ev ziyaretine geldiğini ifade etti. Velilerin %75.1'i çocuğun sağlığı ile yakından ilgilendiğini, %66.7'i hastalandığı zaman hemen doktora götürdüğünü ve %74.4'ü çocuk hastalandığında öğretmenine bilgi verdiğini belirtti. Velilerin %25'i okul sağlığı kapsamında verilen hizmetleri yeterince bildiğini düşünüyordu. En iyi bilinen hizmetler, aşılama ve sağlık taramalarıydı. Öğrenim düzeyi daha yüksek olan velilerin, çocuğu hastalandığında hemen doktora götürme ve öğretmenin öğrenci ile ilgili uyarılarını dikkate alma yüzdeleri daha yüksek bulundu. Öte yandan, ekonomik durumu daha iyi olan velilerin, çocuğu hastalandığında hemen doktora götürme ve çocuğunun beslenmesine dikkat etme yüzdeleri daha yüksekti.

### Sonuç

Öğrenci velilerinin birçoğu okul sağlığı hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip değildir ve öğretmenlerle veliler arasında yeterli işbirliği yoktur. Velilerin öğrenim düzeyi ve ekonomik durumu, çocuğun sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlarını etkilemektedir.

### Anahtar Kelimeler

Öğrenci, ilköğretim, öğrenci velisi, okul sağlığı.

- Öğr. Gör. İrfan USTA, Gaziosmanpaşa Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yük. Okulu Öğretim Görevlisi, Erbaa - Tokat. - iusta@gop.edu.tr
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Kayseri - gunayos@erciyes.edu.tr

**ÖĞRETMENLERİN OKUL SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI****İ. USTA, O. GÜNAY****Giriş ve Amaç**

Okul çocuklarını yakından izleme olanağı olan öğretmenlerin, okul sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve davranışları, öğrencilerin okul sağlığı hizmetlerinden yararlanması açısından çok önemlidir. Bu çalışma, Tokat ili Erbaa ilçe merkezindeki ilköğretim okullarında görev yapan sınıf öğretmenlerinin ve yöneticilerin okul sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Tokat ili Erbaa ilçe merkezindeki ilköğretim okullarında 2007 yılında yapıldı. İlçe merkezindeki 15 ilköğretim okulunda görevli 277 sınıf öğretmeni / sınıf rehber öğretmeni ile 34 okul yöneticisinin tamamının araştırma kapsamına alınması planlandı. Araştırma kapsamına alınan öğretmenler görev yerlerinde ziyaret edilerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 51 sorudan oluşan anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Toplam 311 öğretmenin 266'sıyla (%85.5) ilgili veriler değerlendirmeye alındı. Anketteki soruların cevapları toplanabilir özellikte olmadığı için, puanlama yapılmadı, sorular ayrı ayrı değerlendirildi. Elde edilen cevaplar yüzde olarak belirtildi. İstatistiksel karşılaştırma yapılmadı.

**Bulgular**

Araştırma grubundaki öğretmenlerin %72.1'i erkek, %27.9'u kadındı. Yaş ortalaması  $39.6 \pm 9.3$  yıl, ortalama hizmet süresi ise  $16.9 \pm 9.4$  yıl olarak bulundu. Öğretmenlerin %27.8'i okul döneminde yeterli sağlık bilgisi aldığını, %8.3'ü mezuniyeti sonrasında okul sağlığı ile ilgili eğitim aldığını, %34.2'si şu andaki sağlık bilgilerinin yeterli olduğunu, %44.7'si öğrencilere yeterli sağlık bilgisi verdiğini, %47'si ilk yardım eğitimi aldığını, %12.4'ü ilk yardım uygulaması yapabileceğini ifade etti. Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin %34.6'sı öğrenci tuvaletlerini kontrol ettiğini, %41.4'ü lavabolardaki temizlik malzemelerini kontrol ettiğini, %68.4'ü öğrencilerde kişisel hijyen kontrolü yaptığını, %26.3'ü öğrencilerin beslenmesi ile ilgilendiğini, %41.7'i boy-ağırlık ölçümü yaptığını, %83.6'sı el yıkama uygulaması yaptığını belirtti. Öğretmenlerin %81.6'sı okul sağlığı ile ilgili bir kurs olursa katılabileceğini belirtti.

**Sonuç**

Araştırma grubundaki öğretmenlerin okul sağlığı ile ilgili bilgi ve beceri düzeylerinin düşük olduğu ve bu alanda daha fazla bilgi - beceri kazanmak istedikleri sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler**

Öğrenci, ilköğretim, öğretmen, okul sağlığı

- Öğr. Gör. İrfan USTA, Gaziosmanpaşa Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yük. O. Öğretim Görevlisi, Erbaa - Tokat - iusta@gop.edu.tr
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Kayseri, - gunayos@erciyes.edu.tr

## TOKAT İLİ ERBAA İLÇE MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARININ FİZİKSEL ÇEVRE KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İ. USTA, O. GÜNAY

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma Tokat ili Erbaa ilçe merkezindeki ilköğretim okullarının sağlık koşullarını değerlendirmek ve bu koşulları standart değerlerle karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 2007 yılında Tokat ili Erbaa ilçe merkezinde yapıldı. İlçe merkezinde 15 ilköğretim okulu olup, bu okullarda toplam 8629 öğrenci öğrenim görüyordu. İlçe merkezindeki ilköğretim okullarının tamamı araştırmacılar tarafından ziyaret edilerek, okul binaları ve çevresi gözlemlendi. Doğrudan gözlemlerle elde edilemeyen bilgiler okul müdürlerinden alındı. Elde edilen bilgiler gözlem formuna kaydedildi. Okul binaları ve çevresi ile ilgili bulgular, TSE standartları ile karşılaştırıldı.

### Bulgular

Araştırma bölgesinde, 8629 öğrenci 15 okulda ve 281 şubede öğrenim görmektedir. Bölge genelinde ortalama sınıf mevcudu 30.7 öğrenci olup, sınıfların %3.9'unda öğrenci sayısı 40'm üzerindedir. Öğrenci başına 1.32 m<sup>2</sup> sınıf alanı, 3.95 m<sup>2</sup> bahçe alanı düşmektedir. Okulların %26.7'sinde öğrenci başına 1.2 m<sup>2</sup>'nin altında sınıf alanı ve % 53.3'ünde 5 m<sup>2</sup>'nin altında bahçe alanı düşmektedir. Okulların tamamında şebeke suyu bulunmasına karşılık, %60'ında su kesilmelerine karşı önlem alınmamıştır. %66.7'sinde ise tuvaletteki lavabolar dışında öğrencilerin su içme olanağı yoktur. Okulların %80'inde erkek öğrenciler için, %93.3'ünde kız öğrenciler için tuvalet kabini sayısı yetersizdir, %40'ında ise lavabolarda temizlik malzemesi yoktur. Okulların büyük çoğunluğında çöp toplama alanları uygunsuzdur. Bölge genelinde ortalama olarak 192 öğrenciye bir temizlik görevlisi düşmektedir ve temizlik görevlilerinin %86.7'si temizlik eğitimi almamıştır.

### Sonuç

Araştırma kapsamına alınan okullarda, okul binası ve çevresiyle ilgili çeşitli koşulların standartlara uygun olmadığı saptanmıştır. Bu yetersizliklerin giderilebilmesi için, okullara daha fazla kaynak sağlanması ve yerel olanaklardan yararlanılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Okul, okul sağlığı, okul çevresi, öğrenci.

- Öğr. Gör. İrfan USTA, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Erbaa - Tokat - iusta@gop.edu.tr
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Kayseri - gunayos@erciyes.edu.tr

**URFA BOZOVA İLÇESİNDE YATILI VE GÜNDÜZ ÖĞRENİMLİ ÇOCUKLARDA ENÜREZİS SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****A. GÜNEŞ, G. GÜNEŞ, A. AKILLI****Giriş ve Amaç**

Enürezis, gece uykuda iken aralıklı olarak idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Enürezis çocukluk çağında sık karşılaşılan bir sorundur. Bu çalışmada Urfa'da yatılı ve gündüzlü iki ilköğretim okulunda okuyan çocuklarda enürezis sıklığı ve etkiyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Çalışmaya 562 öğrenci dahil edilmiştir. Urfa'nın Bozova ilçesinde biri yatılı bölge okulu diğeri gündüzlü ilköğretim okulu olmak üzere iki okul seçilmiştir. Her şubeden birer tanesi rasgele seçilerek, anket formları velilere gönderilmiştir. Enürezis için ICD-10'un tanımı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde ki kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Öğrencilerin yaşları 6 ila 16 arasında (ortalama  $11.21 \pm 2.48$ ) dağılmakta idi. Öğrencilerin 286'sı yatılı bölge okulu, 276'sı gündüzlü okul öğrencisi, % 73.5'i erkek, % 26.5'i kızdı. Enürezis sıklığı % 14.9 bulunmuştur. Erkek öğrencilerde % 14.3, kız öğrencilerde % 16.8 ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Enürezisli vakaların % 60.7'si primer, % 39.3'ü sekonder enürezisdir. Enürezis, yatılı öğrencilerde % 11.5, gündüzlü öğrencilerde % 18.5 bulunmuştur. Yatılı öğrencilerin % 42.4'ü, gündüzlü öğrencilerin % 37.3'ünde sekonder enürezis bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Enürezis yaşla birlikte belirgin şekilde azalmaktadır ( $p < 0.05$ ). Anne baba eğitimi, doğum sırası önemli bulunmamıştır ancak gelir durumu kötü olanlarda enürezis daha sıktır. İdrar yolu enfeksiyonu geçiren, kabızlık, parazit problemi olan çocuklarda enürezisin daha sık olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç**

Enürezis, Urfa Bozova ilçesinde ilkökul çocuklarında önemli bir problemdir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. Yaşla birlikte azalmaktadır. Gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında daha fazla görülmektedir. Enürezis yatılı öğrencilerde daha az görülmekle birlikte psikolojik faktörlerle ilişkilendirilen sekonder enürezis yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında benzer bulunmuştur. Başka sağlık problemi olan çocuklarda enürezis daha sık görülmektedir. Enürezisi olan çocuklarda üriner sistemle birlikte diğer sistemlerin de değerlendirilmesi fayda sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Enürezis, çocuk.pravalence, yatılı okul, sosyodemografik etkenler

- Ali Güneş, İnönü Üniversitesi
- Gülsen Güneş
- Adem Akilli

**VİTAMİN B12 EKSİKLİğİ TANISI İLE HASTANEYE YATAN ÇOCUK HASTALARIN DEğERLENDİRİLMESİ.****S. KAHRAMAN, A. ÖZCAN, Ö. KAYA****Giriş ve Amaç**

Çocuk sağlığı, çocukların sağlıklı yetişmesi için fiziksel, sosyal ve ruhsal bakımından gerekli önlemlerin alınmasıdır. Sağlıklı fizik ve nöromotor gelişimin sağlanması beslenmenin önemli bir yeri vardır. Çocukların gelişimlerinde önemli bir yere sahip olan B 12 vitamininin özellikle bebeklik dönemindeki eksikliği bilişsel, zeka ve motor gelişimi geriletmektedir. Bu yüzden bebeklerin sağlıklı gelişimleri için B12 vitaminden yeterli bir şekilde alınması gerekmektedir. Bu araştırma, B12 vitamin eksikliği tanısı ile hastaneye yatan çocuklarının hastalığa yakalanma nedenlerini araştırmak amacıyla kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisinde B 12 vitamin eksikliği tanısı ile yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 01.07.2004 ve 01.07.2005 tarihleri arasında B 12 eksikliği tanısıyla yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 73 hastanın annesini kapsamıştır. Araştırma verilerinin toplanması için literatürlere dayanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS paket programında Ki-kare ve yüzde hesabı kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Çocukların %57.5'i 1 - 12 ay arasında ve % 57.5'inin erkek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların annelerinin hepsi ev hanımı ve %80.8'i okur yazar değildir. Ailelerin %82.2'sinin sosyal güvencesi yeşil karttır. Ailelerin %38.4'ü Şanlıurfa şehir merkezinde, %37'si ilçede ve %24.7'si köyde ikamet etmektedir. Annelerin gebelik aralıklarına bakıldığında % 54.8'inin gebelik aralığının 1 yıl, %47.9'unun geçirdiği gebelik sayısının 6 ile 10 arasında olduğu görülmüştür. Çocukların laboratuvar bulgularına bakıldığında ise %8.2'sinde demir eksikliği anemisi olduğu, %95.9'unun hemoglobininin %12'nin altında olduğu, %93.2'sinin ise hemotokritinin %34'ün altında olduğu belirlenmiştir. Çocukların büyüme eğrilerine bakıldığında ise %56.2'sinin yaşıya göre boyunun kısa (Bodur) olduğu, %72.6'sının yaşıya göre kilosunun düşük olduğu ve %34.2'sinin boya göre kilosunun düşük olduğu saptanmıştır. Annelere gebelik boyunca en çok tükettikleri besin grubu sorulduğunda %45.2'si Tahıl ve kuru baklagiller, %30'u meyve ve sebze ve sadece %5.5'i et tükettiklerini belirtmişlerdir. Ek gıda alan bebeklere annelerin %15.1'i eti yemeklerin içinde verdiğini, %5.5'i eti haşlayarak sadece suyunu verdiğini, %13.7'si ise eti haşlayarak posasını verdiğini, %4.1'i çiğköfte olarak verdiğini ve %61.1'i ise et vermediğini belirtmiştir.

**Sonuç**

Annenin hamileliğinde ve çocuğun B12 vitaminden eksik beslenmesi çocuğun sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Çocuk sağlığı, B12 vitamini

- Arş. Gör. Selma KAHRAMAN, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu - selmadinc@mynet.com
- Öğr. Gör. Ayşegül ÖZCAN, 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - ayse-77@hotmail.com
- Özlem KAYA, Hastane - hemşire



## ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE YAŞADIKLARI SORUNLAR

**E. KÜÇÜK, A. BACAK, M. ÖZÇELİK, G. YAZICI, G. DEMİRPENÇE**

### Giriş ve Amaç

Aile çocuğun büyümesi, gelişmesi, bilgilenmesi ve toplumda çeşitli rol ve sorumlulukları üstlenmesinden birinci derecede sorumludur. Çocuğun zihinsel engelli olması durumunda ise ailenin sorumluluğu daha da artmaktadır. Zihinsel olarak yetersiz olmak, hem çocuk ve ailesi, hem de toplum için önemli yük oluşturan beraberinde birçok fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunların yaşandığı stresli bir yaşam deneyimidir (Clubb 1991, Wolf 1991).

Bu araştırma: zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin sosyo-demografik özelliklerini ve yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Giresun ilinde bulunan zihinsel ve bedensel yetersizliği bulunan çocukların devam ettiği dört merkezde 01.05.08-31.05.08 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya her dört kuruma devam eden çocukların araştırmaya katılmayı kabul eden anne ve babaları katılmıştır. Ailelerin sosyo-demografik özellikleri ve yaşadıkları sorunlara ilişkin soruların olduğu anket formu 290 aileye gönderilmiş olup, geri gelen 155 anket formu değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmada anketlerin %73.5'i anneler tarafından cevaplandırılmıştır. Annelerin %47.1 i 20-35 yaş grubundadır ve %74.2 si ilkökul ve altında eğitim almışlardır. Babaların %25.8'i 20-35 yaş grubundadır ve %57.4 ü ilkökul ve altında eğitim almışlardır. Ailelerin %31'i köyde yaşamaktadır ve %43.2 sinin aylık geliri 500 YTL'nin altındadır. %20.6 sı 4 ve daha fazla çocuğa sahiptir. Ailelerin %12.3 ü birden fazla zihinsel engelli çocuğa sahiptir ve %23.2 si akraba evliliğidir. Çocukların %68.4 ü yarı bağımlı yada bağımlı olarak hareket edebilmektedir. Ailelerin %52.3 ü çocuğun bakım masraflarını karşılayamadıklarını, %81.9 u maddi destek almadıklarını belirtmişlerdir. Ailelerin %82.6 sı çocuğun bakımı için hiçbir eğitim almamıştır. Ailelerin %58.1 i çocuğun geleceği için endişelendiklerini, %14.2 si kendisini yalnız hissettiğini, %5.8 i toplum içine çıkmak istemediklerini belirtmişlerdir. Ailelerin %12.3 ü çocuğunun dışlandığını, %13.5 i çocuğu ile iletişim kuramadığını belirtmiştir.

### Sonuç

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelere çocuklarının bakımı konusunda eğitim verilmesi, anneler kadar babalarında bakıma katılmasının desteklenmesi, ekonomik ve sosyal bakımdan yetersizliği olan ailelere destek sağlanması ve toplumun bu konuda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Aile, zihinsel engel, toplum

- Öğr. Gör. EMİNE KÜÇÜK, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ - emine\_kucuk@yahoo.com
- AYGÜL BACAK, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
- MERVE ÖZÇELİK, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU
- GÜLAY YAZICI, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU
- GÜLFER DEMİRPENÇE, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU

## ZONGULDAK İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 0-5 YAŞ BEBEK VE ÇOCUKLARDA İŞHAL GÖRÜLME SIKLIĞI VE ANNELERİN İŞHALE YÖNELİK UYGULAMALARI

**F. VEREN, B. KANDEMİR**

### Giriş ve Amaç

Asya, Afrika ve Latin Amerika'da her yıl 4.6-6milyon çocuk ishal nedeniyle ölmekte iken bu oran Uzakdoğu ülkelerinde 0-5yaş bebek ve çocuk ölümlerinde %50'lere kadar çıkmaktadır. İshal önlenabilir bir hastalık olmasına karşın dünyada bebek ve çocuk ölümleri arasında 2.sırada yer almaktadır. Buna göre çalışmamızda amacımız: Zonguldak İl Merkezinde yaşayan 0-5yaş bebek-çocuklarda ishal görülme sıklığının belirlenmesi ve annelerin ishale yönelik uygulamalarının değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte tanımlayıcı olan araştırmanın örneklemini Zonguldak İl Merkezinde yaşayan 9564 0-5yaş bebek-çocuktan evren bilindiğinde sıklığı bilinmeyen örneklem formülüne göre hesaplanmış 401 0-5yaş bebek-çocuk oluşturmaktadır. Örneğe alınan 0-5yaş bebek-çocuklar sağlık ocağı bölgelerindeki sayılara ağırlıklandırılıp her sağlık ocağı bölgesinden kaç bebek-çocuk alınacağı bulundu. Basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak 0-6yaş çocuk izlem formlarından gidilecek bebek-çocuklar saptandı. Bir günde üç defadan fazla sulu dışkılama olması ve anne sütüyle beslenen bebeklerde ise her zamankinden dahası ve sulu dışkılama ishal olarak kabul edildi. Veri formunda ailenin sosyodemografik özellikleri, 0-5yaş bebek-çocuğun son bir yıl içinde ishal olma durumu ve annenin ishale yönelik yaptığı uygulamalarla ilgili sorular bulunmaktadır. Anlaşılmayan sorular düzeltilerek veri formunun son hali oluşturuldu ve veriler yüzyüze görüşme tekniği ile 01.04.2008-18.04.2008 tarihleri arasında toplandı. Veriler SPSS 11.0 programında değerlendirilerek sayı, oran, ortalama değer ve ki-kare testi ile yorumlandı.

### Bulgular

Araştırmada annenin yaş ortalaması  $29.8 \pm 5.2$  ve babanın yaş ortalaması  $33.2 \pm 5.7$  olarak bulundu. Anne ve babanın mesleklerine baktığımızda ise annelerin %83.3'ü (n=334) evhanımı, babaların %40.1 (n=156) de serbest meslek sahibidir. Araştırmamıza göre annelerin %46.9'u (n=188), babaların %33.7'si (n=135) ilkökul mezunudur. 0-5yaş bebek-çocuklarda son 1 yıl içinde ishal geçirme sıklığı %43.9 (n=176) olarak belirlendi. Araştırmaya alınan bebek-çocukların bir yılda ortalama  $1.7 \pm 1.2$  kez ishale yakalandıkları saptandı. İshal geçiren bebeklerin-çocukların %54.1'i (n=40) 25-36 ay arasında olduğu bulundu (p>0.05). İshal geçiren bebek-çocukların en fazla kış mevsiminde (%42.4, n=75) ishal olduğu tespit edildi. İshale yönelik uygulamalarda ise annelerin %24.9'unun (n=117) bol sıvı verme, %18.9'unun (n=89) patatesli yiyecekler verme, %2.2'sinin (n=10) kafeinli içecekler verme, %1.5'inin (n=7) pirinç lapası, anne sütü, ilaç, tuzlu ayran, leblebi verme gibi uygulamalarda buldukları saptandı. Araştırma grubundaki bebek-çocukların annelerinin %71.0'ı (n=125) ishal ile ilgili eğitim almadıkları belirlendi.

### Sonuç

Zonguldak il merkezinde yaşayan 0-5 yaş bebek-çocuklarda son 1 yıl içinde ishal görülme oranı oldukça fazla bulunmuştur. Annelerin ishale yönelik kısmen doğru uygulamalarda buldukları ancak yetersiz olduğu düşünülmektedir. İshalin kış mevsiminde sık görülmesi ailelerin şebeke ve kuyu suyunu kullanmalarına bağlanabilir.

### Anahtar Kelimeler

İshalli hastalıklar, ishal sıklığı, 0-5 yaş

- Öğr. Gör. FUNDA VEREN, ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - verfun2000@yahoo.com
- BURÇİN KANDEMİR, ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - burcin\_kndmr@hotmail.com

**ZONGULDAK İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 0-5 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN YÜKSEK ATEŞLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI****T. AYYILDIZ, N. KALINCI, R. GÜCENMEZ, B. BAYRAKLI, H. KALYON****Giriş ve Amaç**

Çocukluk döneminde ateş takibi ve ateşi kontrol altına almaya yönelik uygulamalar konusunda toplumun bilinçlendirilmesi sağlıklı çocuklar ve toplum için çok önemlidir. Araştırma, Zonguldak İl Merkezinde yaşayan 0-5 yaş grubu çocuğu olan annelerin yüksek ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini Zonguldak İl Merkezinde yaşayan 0-5 yaş bebek ve çocukların anneleri oluşturmuştur. Evren bilindiği durumlarda kullanılan formül ile 401 anne örneklem grubunu oluşturmuştur. Örneklem alınan anneler sağlık ocağı bölgelerindeki 0-5 yaş grubu çocukların sayılarına göre tabakalanmıştır. Sağlık Ocağı bölgelerinden örneklem alınacak anneler hesaplandıktan sonra basit rasgele sayılar tablosu kullanılarak çocuk izlem formlarından örneklem seçilecek çocuklar ve anneleri belirlenmiştir. Veriler literatür incelenerek hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Vücut ısısının 38°C'nin üzerinde olması yüksek olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları kullanılmıştır.

**Bulgular**

Annelerin %42.9'unun 25-30 yaş grubunda, %45.9'unun ilkökul mezunu, %77.8'inin ev hanımı, %44.1'inin 1 çocuğu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %70'inin dereceye sahip olduğu, %42.4'ünün ateş ile ilgili bilgi almış olduğu ve %18.5'inin bu bilgiyi hemşireden almış olduğu belirlenmiştir. Çocuklarının ateşi yükseldiğinde, annelerin %54.6'sının doktor önerisi ile ateş düşürücü verdiği, %66.1'inin ilk banyo yaptırdığı, %62.8'inin çocuğunun giysilerini çıkarttığı ifade etmişlerdir. Annelerin ateşin yükselme nedeni olarak %38.9 oranında enfeksiyon, %11.2 oranında diş çıkarma ve %16 oranında nedenini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Çocuklarda ateş kontrol altına alınmazsa annelerin %65.8'i havaale, %9.7'si menenjit gelişebileceğini ve %14'ü ne gibi sorunlarla karşılaşacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir.

**Sonuç**

Çocukların gelişimsel ve fizyolojik özellikleri nedeniyle bakımlarından birincil olarak sorumlu olan anne-babaların çocuklarının sağlığı korumaları, geliştirmeleri ve hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmaları önemli sorumluluklarıdır. 0-5 yaş döneminde çocuklarda görülen sağlık sorunlarının zamanında önlem alınmadığında hızla ilerleyebildiği, tedavisinin güçleştiği ve ölüme yol açabildiği bilinmektedir. Bu nedenle çocuğundan birincil sorumlu olan annelerin çocuklarda sağlık sorunlarının erken belirtisi olan ateş konusunda bilgi ve uygulamalarının yeterli olması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler**

0-5 yaş grubu çocuklar, yüksek ateş, bilgi ve uygulamalar

- Öğr. Gör. Tülay Ayyıldız, ZKÜ Sağlık Yüksek Okulu - tayyildiz@mynet.com
- Nihal Kalıcı, Rüzgarlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
- Raşit Gücenmez, ZKÜ Sağlık Yüksek Okulu Lisans Mezunu
- Öğr. Gör. Berrin Bayraklı, ZKÜ Sağlık Yüksek Okulu

## ZONGULDAK MERKEZ ÇOCUK YUVASINDA BAKIM ALTINDA BULUNAN ÇOCUKLARIN FİZİKSEL GELİŞİMLERİ İLE AİLESİNİN YANINDA YAŞAYAN ÇOCUKLARIN FİZİKSEL GELİŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

R. KALAFATOĞLU, S. KIRAN, F.N. AYOĞLU

### Giriş ve Amaç

Çocuk izlemleri koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesidir. Bu çalışma, Zonguldak Merkez Çocuk Yuvasında yaşayan çocuklarla, onlarla aynı bölgede yaşayan benzer yaş grubundaki çocukların, fiziksel gelişim yönünden karşılaştırılması ve fiziksel gelişime etki eden değişkenlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel, karşılaştırmalı bu çalışma, 2006 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Zonguldak Merkez Çocuk Yuvasında yaşayan 88 çocuk ve bu çocuklar ile karşılaştırılmak üzere; Çocuk Yuvasının bulunduğu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan çocuklar arasından yuva grubunun 2 katı kadar sayıda aynı yaş ve cinsiyette çocuklar ile yürütülmüştür. Veriler, çocukların sosyo-demografik özellikleri, sağlık-hastalık öyküsü ve beslenmelerine ait özellikleri sorgulayan anket formu hazırlanarak toplanmış, fiziksel gelişimi değerlendirmek amacıyla boy, kilo ve orta kol çevresi ölçümleri yapılmıştır.

### Bulgular

Yuva grubundan 88. aile yanındaki çocuklardan 176 olmak üzere toplam 264 çocuk araştırmada yer aldı. Çalışmaya katılanlardan %22.7' si kız, % 77.3' ü erkek çocuklardan oluşmaktaydı, yaşları 7 ile 15 arasındaydı. Yaşa göre boyun değerlendirilmesinde, yuvada yaşayaların, %77.2'sinin 50 persentil altı, %22.8'inin 50 persentil ve üstü, ailesinin yanında yaşayanların ise, %57.9'unun 50 persentil altı, %42.1'inin 50 persentil ve üstü olduğu saptandı. Yaşa göre ağırlığın değerlendirilmesinde, yuvada yaşayan çocukların, %81.8'inin 50 persentil altı, %18.2'sinin 50 persentil ve üstü, ailesinin yanında yaşayan çocukların, %57.4'ünün 50 persentil altı, %42.6'sının 50 persentil ve üstü olduğu saptandı. Çocuklarda Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamasına bakıldığında, yuvada yaşayan çocuklarda BKİ ortalaması 17.3 iken, ailesinin yanında yaşayan çocuklarda 18.2 olarak saptandı. İki grubun ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (t 2.717,p=0.007).

### Sonuç

Kurumda yaşayan ve ailesiyle yaşayan çocukların beslenme durumlarının ve günlük aktivitelerinin benzer olmasına karşın, kurumda yaşayanların gelişimlerinin daha geride olması dikkat çekicidir. Bu çalışmada irdelenen özellikler ile farkın nedeni açıklanamamıştır. Kurumda bakımındaki çocukların bakım özellikleri ve alışkanlıkları farklı olmadığı halde gelişimlerinin daha geri olmasının psikososyal boyutu da irdelleyen çalışmalar yapılarak incelenmesi yararlı olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Çocuk Yuvası, Aile, Fiziksel Gelişim, Persentil, Beden Kitle İndeksi.

- Rahşan KALAFATOĞLU, Zonguldak Karaelmas Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.D. Yüksek Lisans Tezi - rahsankalafatoglu@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Sibel KIRAN , Zonguldak Karaelmas Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - sibelkiran@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU, Zonguldak Karaelmas Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - fayoglu@yahoo.com

**MANİSA KENT MERKEZİNDE 6., 7., 8., SINIF ÖĞRENCİLERİNDE BEL AĞRISI PREVALANSI****Müjde İLGÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR****Giriş ve Amaç**

Çalışma: kesitsel tiptedir. Manisa kent merkezinde bulunan ilköğretim okullarının altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşan toplam 13 224 öğrencinin oluşturduğu evrenden %15 prevalans, 2 desen etkisi ve %5 hata payı kullanılarak 1121 kişilik örneklem alınması kararlaştırılmıştır. Daha sonra sınıf listesi çıkarılmış ve tabakalı rastgele örnek seçim yöntemi kullanılarak seçilen 38 şubede 1121 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından yapılandırılmış, bel ağrısı ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini sorgulayan bir anket formu ve bazı değişkenlerin ölçümüyle toplanmıştır. Araştırmanın toplam katılım oranı %91.08'dir.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma: Manisa kent merkezinde bulunan ilköğretim okullarının altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşan toplam 13 224 öğrencinin oluşturduğu evrenden tabakalı rastgele örnek seçim yöntemi kullanılarak seçilen 1121 kişilik örneklem üzerinde ve bu sayıya ulaşmayı sağlayabilecek toplam 38 şubede yürütülmüş olup kesitsel tiptedir. Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından yapılandırılmış, bel ağrısı ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini sorgulayan bir anket formu ve bazı değişkenlerin ölçümüyle toplanmıştır. Araştırmanın toplam katılım oranı %91.08'dir.

**Bulgular**

Araştırmaya grubunda yaşam boyu bel ağrısı prevalansı %49.5, son bir aylık bel ağrısı prevalansı %38.2 ve bel ağrısı nokta prevalansı %26.8 olarak bulunmuştur. Çok değişkenli analizler sonucunda; kızlarda, babanın eğitimsiz olması durumunda, sınıfta oturduğu yerde rahat etmeyenlerde, ağır kaldırma öyküsü olanlarda, önceden yaralanma öyküsü olanlarda ve algılanan sağlık durumu orta ve kötü olanlarda yaşam boyu bel ağrısı riski yüksek bulunmuştur. Son bir aylık bel ağrısı prevalansı için ise; voleybol ile ilgilenenlerde, sınıfta oturduğu yerde rahat olmayanlarda, ağır kaldırma öyküsü olanlarda, algılanan sağlık düzeyi orta olanlarda ve haftalık egzersiz sıklığı 4-6 saat ve üstü olanlarda risk artmaktadır. Sınıfta oturduğu yerde rahat etme, okul çantasının ağır olarak algılanması, algılanan sağlık düzeyinin orta olması ve hentbol ile ilgilenme değişkenlerinin ise bel ağrısı nokta prevalansını artıran faktörler oldukları bulunmuştur.

**Sonuç**

Bel ağrısı, ergenler arasında giderek artan, işgücü ve performans kaybına neden olabilen bir semptomdur. Bu sonuçlar göz önüne alınarak ergenlerde bel ağrısı konusunda koruyucu önlemlere ağırlık verilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Okul sağlığı, bel ağrısı, bel ağrısı prevalansı

- Arş. Gör. Dr. MÜJDE İLGÜN, CBÜTF HALK SAĞLIĞI A.D. - mujde.serifhan@gmail.com
- Doç. Dr. PINAR ERBAY DÜNDAR, CBÜTF HALK SAĞLIĞI A.D. - pinarerbaydundar@yahoo.com

## MANİSA KENT MERKEZİNDE 6., 7., 8., SINIF ÖĞRENCİLERİNDE BİLGİSAYAR ERGONOMİSİ ve BEL AĞRISI

**Müjde İLGÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR**

### Giriş ve Amaç

Bu araştırmada, Manisa kent merkezinde yer alan ilköğretim okullarına devam eden 11-14 yaş grubu öğrencilerde bilgisayar kullanımını ile ilişkili bel ağrısı sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma: Şubat 2007-Haziran 2008 tarihleri arasında Manisa kent merkezinde bulunan ilköğretim okullarının altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşan toplam 13 224 öğrencinin oluşturduğu evrenden tabakalı rastgele örnek seçim yöntemi kullanılarak seçilen 1121 kişilik örneklem üzerinde ve bu sayıya ulaşmayı sağlayabilecek toplam 38 şubede yürütülmüş olup kesitsel tiptedir. Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından yapılandırılmış, bilgisayar ergonomisi ile ilgili bel ağrısı ile ilişkili olabilecek faktörleri sorgulayan bir anket formu ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, %95 Güven Aralığında tek değişkenli tahmini rölatif riskler, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon modelleri, student t testi ve ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmanın toplam katılım oranı %91.08'dir.

### Bulgular

Araştırma grubundaki öğrencilerin %66.4'ü bilgisayar kullanmaktadırlar. Bilgisayar kullanma açısından sınıflar arasında farklılık bulunmaz iken, erkek öğrenciler ise kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla bilgisayar kullandıklarını ifade etmektedirler (p=0.03). Öğrencilerin büyük çoğunluğu literatürde yer alan bilgisayar ergonomisi özelliklerine uygun olmayan şartlarda bilgisayar kullandıklarını: %64.0'ının bilgisayar koltuklarının ayak koyma yeri olmadığını; %61.5'inin bilgisayar koltuklarının ayarlanabilir kol destekleri olmadığını; %51.3'ünün birkaç saat çalıştıktan sonra ara vermediğini; %48.5'i bilgisayar koltuklarının ayarlanabilir sırt desteği olmadığını ifade etmişlerdir.

### Sonuç

Araştırma sırasında tüm okullarda bilgisayar derslerinin uygulandığı dikkati çekmektedir. Çoğu öğrencinin ev ya da okul dışı ergonomik olmayan koşullarda bilgisayarlar ile ilgilendikleri düşünülerek okuldaki bilgisayar eğitiminde bilgisayar kullanma ergonomisi üzerinde de durulmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Okul sağlığı, bel ağrısı, bilgisayar ergonomisi

- Arş. Gör. MÜJDE İLGÜN, CBÜTF HALK SAğLIğI A.D. - mujde.serifhan@gmail.com
- Doç. Dr. PINAR ERBAY DÜNDAR, CBÜTF HALK SAğLIğI A.D. - pinarerbaydundar@yahoo.com

**ALLERJİK HASTALIKLARIN SIKLIĞI VE JEOKLİMATİK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ: ÇOK MERKEZLİ-KESİTSEL ÇALIŞMA****Selma METİNTAŞ, Emel KURT, Fuat KALYONCU****Giriş ve Amaç**

Bildirinin amacı, ülkemizde çok merkezli bir çalışmada astma ve diğer allerjik hastalıkların prevalansları ile jeo-iklim özelliklerin ilişkisini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, farklı coğrafik bölgelerden 14 şehirde (Afyon, Bursa, Denizli, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, Isparta, Tarsus, İstanbul, Kocaeli, Manisa, Samsun, Van, Düzce) rastgele örneklem metodu ile kırsal ve kentsel bölgelerinden seçilen okul öğrencilerinde yapıldı. Her şehirden yaklaşık 2000 kişilik örnek hacmi yeterli görüldü. Okullara gidildiğinde var olan öğrencilere önceden hazırlanmış standart anket formu dağıtıldı. Ankette çocuk ve ailesine ait demografik ve çevre bilgilerinin yanı sıra, çocuk, anne ve babasının son yılda ve hayatı boyunca astım geçirip geçirmediği, astım semptomları, allerjik rinit ve egzemasının olup-olmadığı sorgulandı. Her bir il için internet ortamından jeoiklim özellikleri elde edildi.

İllerin prevalans hızları ve iklim özelliklerinin karşılaştırılması için analizler iki aşamada yapıldı. İlk aşamada illerin astım ve allerjik hastalık hızları düzeltilmiş prevalans hızları lojistik regresyon modelin'den elde edildi.  $\text{Logit}(P) = b_0 + b_1 \text{ kır/keni oranı} + b_2 \text{ yaş grupları} + b_3 \text{ sosyal güvence varlığı} + b_4 \text{ sigara içme prevalansı} + e$ . Allerjik hastalıkların prevalansı P ile gösterildi. Prevalans hızlarının heterojenite testi  $\chi^2$  ile yapıldı. İkinci aşamada, düzeltilmiş prevalans hızları ve iklim özelliklerinin karşılaştırılması için  $L = aX + e$  basit regresyon modeli kullanıldı. L, ilk aşamada 14 merkezin her biri için elde edilen logit değeri iken, X jeo-iklim değişkenleri (rakım, ortalama ısı, yıllık yağış ortalaması, ortalama karlı gün sayısı, relatif nem) göstermekteydi. Her logit Li örnek varyansının tersi ile genişletildi. Genişletilmiş (weighted) korelasyon için her bir ilin çalışma evreni alındı. Semptom prevalansı ve jeoiklim değerleri arasındaki ilişki Odds ratio  $\{OR = \exp(a)\}$  ile açıklandı.

**Bulgular**

Kadınlarda astma prevalans hızı yıllık ortalama sıcaklık ve relatif nem, semptom sıklığı yıllık ortalama sıcaklık ve ortalama karlı gün sayısı, egzema prevalans hızı yıllık ortalama sıcaklık değeri ile artış göstermekteydi. Erkeklerde de sonuçlar egzema dışında kadınlardaki sonuçlara benzemektedir.

**Sonuç**

Çalışma, bazı allerjik hastalıklar ile jeo-iklim özellikler arasında ilişki bulunması, bazı alanlarda allerjik hastalıklardan korunma için öncelik verilmesini gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Astım, Allerjik Hastalıklar, Çevre, İklim

- Prof. Dr. Selma Metintaş, ESOGÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı - selmamet@ogu.edu.tr
- Doç. Dr. Emel Kurt, ESOGÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları - dr.e.kurt@yahoo.com
- Prof. Dr. Fuat Kalyoncu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı - kalyoncu@ada.net.tr

**ANKARA İLİ KEÇİÖREN İLÇESİ'NDE 2007 YILINDA MEYDANA GELEN ÖLÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Fehminaz TEMEL, İpek ŞANLISOY, Süleyman Nahit ŞENDUR, Yüce İSLAMOĞLU, Arif ASLAN, Bahar GÜÇİZ DOĞAN**

**Giriş ve Amaç**

Ölüm kayıtları, toplumun sağlığı hakkında genel fikir vermesi açısından önemlidir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında, sağlık hizmetlerinin yönlendirilmesi konusunda yön vericidir. Araştırmada, Keçiören İlçesi'nde 2007 yılında meydana gelip Keçiören Belediyesi kayıtlarında bulunan ölümlere ilişkin bazı sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi, ölüm hızlarının hesaplanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Retrospektif kohort tipinde olan araştırmada, Ankara ili Keçiören İlçesi Keçiören Belediyesi ölüm kayıtlarından yararlanılmıştır. Kayıtlarda 9 aya ilişkin toplam 1428 ölüm olup, Eylül, Ekim ve Kasım aylarına ait ölüm kaydı bulunmamaktadır. Araştırmanın verileri, elektronik ortamda, onlu kümeler halinde alınmış, birleştirilmiş, ikamet adresi Keçiören olanlar seçilmiştir. Kayıtlarda ölenlerin adı-soyadı, doğum ve ölüm tarihi, medeni durum, ölüm nedeni, adres bilgileri bulunmaktadır. Ölüm nedenleri TÜİK'nun kullandığı 150 Başlıklı Hastalık Listesi'ne göre, araştırmacılar tarafından temel, ara ve son neden olarak ayrı ayrı kodlanmıştır. Veri analizinde SPSS 15.0 ve Excel programları kullanılmıştır.

**Bulgular**

Ölenlerin %54,8'i erkek olup, %1,3'ü 0 yaş, %20,0'ı 50-64 yaş ve %67,2'si 65 yaş, üzerindedir.

Ölüm nedenleri incelendiğinde, yalnız 9 ölümden temel, ara ve son nedenin belirtildiği, %36,6'sında sadece son nedenin, %25,2'sinde sadece ara nedenin, %53,2'sinde sadece temel nedenin belirtildiği saptanmıştır.

Ölümlerin %46,9'unda temel, %74,8'inde ara ve %63,5'inde son ölüm nedeni olabilecek bir ölüm nedeni kaydının bulunmadığı saptanmıştır.

İlk üç temel ölüm nedeni ularlar (%21,7), dolaşım sistemi hastalıkları (%12,5), sinir sistemi hastalıkları (%6,3); ilk üç ara ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıkları (%15,6), sinir sistemi hastalıkları (%4,0), ürogenital sistem hastalıkları (%3,6); ilk üç son ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıkları (%33,6), 150 Başlıklı Listedeki diğer hastalıklar (%2,7) ve doğuştan gelme anomalilerdir (%0,1).

Bölgedeki kaba ölüm hızı binde 1,7, erkeklere özel ölüm hızı binde 1,9, kadınlara özel ölüm hızı binde 1,5'dir.

Nedene özel ilk üç orantılı ölüm hızı: ularlar binde 217,0, dolaşım sistemi hastalıkları binde 124,6, sinir sistemi hastalıkları binde 63,0'dır. Nedene özel ilk üç ölüm hızı ise: ularlar: binde 3,6, dolaşım sistemi hastalıkları binde 2,1 ve sinir sistemi hastalıkları binde 1,1'dir. Beş yaş altı ölüm hızı binde 0,5, beş yaş altı orantılı ölüm hızı %3,0, 65 yaş üstü ölüm hızı binde 20,1. 65 yaş üstü orantılı ölüm hızı %67,2'dir.

**Sonuç**

Ölüm nedenleri kayıtlarında sorunlar ve eksiklikler olduğu saptanmıştır. Doktorlar tarafından yazılan ölüm raporları okunaklı ve anlaşılır bir şekilde olmalı, ölüm nedeni temel, ara ve son neden olarak belirtilmelidir. Belediyede tutulan ölüm kayıtları düzenli aralıklarla yetkili kişilerce kontrol edilmeli, hatalar belirlenmeli, hizmet içi eğitim yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Ölüm kayıtları, Belediye, Sağlık, Ölüm nedeni, Ölüm ölçütleri



**İFADEYE GÖRE BELİRLENEN VÜCUT AĞIRLIĞI VE BOY UZUNLUĞU VERİLERİNDEN HESAPLANAN BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN DUYARLILIĞI****B. Güçüz DOĞAN, F. SEVENCAN, N. EMRE, İ. DOĞAN, Y. S. ÇETİN****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada bireylerin kendi ifadesine göre belirlenen vücut ağırlığı ve boy uzunluğu verilerinden hesaplanan beden kitle indeksinin duyarlılığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu metodolojik çalışma, Ankara kent merkezinde bulunan bir sağlık ocağına üç iş gününde başvuran 19 yaş üstü 227 kişi ile yapılmıştır. Araştırmada ön denemesi yapılmış bir anket formu kullanılmıştır. Vücut ağırlığı ölçümleri taşınabilir tartı cihazıyla, ayakkabısız ve kıyafetler hafifletilerek yapılmıştır. Boy uzunluğu ise yerden 50 cm yükseklikte duvara monte edilmiş 150 cm'lik mezurayla, başın arkada en çıkıntılı kısmı, omuzlar, kaça ve topuklar duvara değecek şekilde topuklar bitişik, dik karşıya bakacak pozisyonda ölçülmüştür. Ölçüm yapılırken cetvel başın tepesine konmuş, cetvelin mezüre değdiği alt noktadaki değer kaydedilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğunun duyarlılığı değerlendirilirken, ifade edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğu değerlerinin ölçülen değerlerle birebir aynı olması gerektiği kabul edilmiştir. Beden kitle indeksinin (BKİ) gruplanması DSÖ kriterlerine göre yapılmıştır. Bütün ölçümler aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programıyla yapılmıştır.

**Bulgular**

Katılımcıların %63.0'ı kadın, %25.0'ı üniversite ve yüksek okul mezunu olup, %45.9'u 40 yaş altında iken, %13.2'si 60 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %43.2'sinin en az bir kronik hastalığı vardır; %72.6'sı vücut ağırlığı ve boy uzunluğunu bildiğini belirtmiştir. İfade edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğundan hesaplanan beden kitle indeksinin duyarlılığını saptamak için bireylerin boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçülmüştür. İfade edilen vücut ağırlığı ile ölçülen vücut ağırlığı birebir aynı olan kişilerin yüzdesi %19.0, ifade edilen boy uzunluğu ile ölçülen boy uzunluğu birebir aynı olan kişilerin yüzdesi %12.9'dur. İfadeye ve ölçüme göre hesaplanan beden kitle indeksinin toplam tutarlılığı %80.6 olarak saptanmıştır. Beden kitle indeksi <25.00 olan grupta duyarlılığın %89.1, 25.00-29.99 arasındaki grupta %76.7, ≥30.00 olan grupta %71.4 olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç**

İfadeye dayalı verilerden hesaplanan BKİ'nin toplam tutarlılığı ve BKİ gruplarına göre duyarlılıklar her ne kadar kabul edilebilir düzeydeyse de, obezite düzeyini saptamada bu yöntemle hesaplanan BMI dikkatli kullanılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Duyarlılık, beden kitle indeksi, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, ifade

- Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı - bdogan@hacettepe.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Funda Sevensan, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı - fundasevensan@yahoo.com
- Dr. Nilüfer Emre, HÜTF Mart-Nisan Dönemi İntern Doktor
- Dr. İzzet Doğan, HÜTF Mart-Nisan Dönemi İntern Doktor
- Dr. Yaser Said Çetin, HÜTF Mart-Nisan Dönemi İntern Doktor

**KAHRAMANMARAŞ İL SAğLIK MÜDÜRLÜğÜ KANSER KAYIT MERKEZİ'NİN 2004-2007 YILLARINDA TOPLADIğI VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ****Hasan Çetin EKERBİÇER, Emine BANKAOğLU****Giriş ve Amaç**

Sağlık alanında veri toplama ve kayıt işlemleri tam, güvenilir ve sürekli olduğu takdirde hem bireylerin hem de toplumların sağlık sorunları doğru saptanabilir ve izlenebilir. Söz konusu sağlık sorunu kanser olduğunda kişi, yer, zaman özelliklerinin yani tanımlayıcı epidemiyolojinin önemi daha da artmaktadır. Güvenilir ve güncel kanser kayıtları, başta korunma olmak üzere, tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi de dahil birçok müdahalenin önünü açar. Ülkemizde son yıllarda kanserle mücadelede verilen önem çerçevesinde kanser kayıt merkezleri ve erken tanı-tedavi merkezleri kurularak kanser verilerinin niteliği artırılmıştır. Biz bu çalışmamızda Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde 1 personelle faaliyetini sürdüren Kanser Kayıt Merkezi'nin (KKM) aktif veri toplama uygulamasının insidans hızlarında neden olduğu değişikliği sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem**

Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde 1997 yılında kurulan KKM, 2006 yılından itibaren aktif olarak veri toplamaya başlamıştır. Halen KKM'de kanser kayıtlarından sorumlu 1 personel görev yapmaktadır. Kanser verileri, her ay, il genelindeki resmi ve özel tüm sağlık kuruluşları, patoloji laboratuvarları ve Kanser Erken Teşhis ve Tedavi merkezi yetkilileriyle yüzyüze görüşülerek toplanmaktadır. İnsidans hızlarının hesaplanmasında bu şekilde toplanan ve kayıtlara geçen veriler kullanılmıştır.

**Bulgular**

2006-2007 yıllarına ait veriler aktif olarak toplanırken, 2004-2005 yıllarına ait veriler bildirimlerden oluşmuştur. En sık görülen kanser türlerinden akciğer kanseri ve meme kanseri insidans hızları da 2004-2007 yılları arasında ciddi bir artış göstermiştir. Erkeklerde 2004 yılında yüzbinde 1.2 olan akciğer kanseri insidansı 2007 yılında yüzbinde 4.8 olurken, kadınlarda meme kanseri insidansı yüzbinde 3.3'den yüzbinde 9.1'e çıkmıştır. İl genelinde 2004-2007 yılları arasında kayıtlara girmiş tüm kanser türlerine ait olgu sayıları sırasıyla 50, 103, 230, 462 olup insidans hızları ise yüzbinde 5.2, 10.7, 23.7 ve 96.0'dır.

**Sonuç**

Kayıtların güvenilir olduğu bir bölgede, Tablo 1'de sunular insidans hızları bir kanser epidemisini düşündürebilir ama mevcut durumda bu tür artışlara etyolojiye yönelik bir yorum getirmemiz oldukça zor. İlimizde, tek bir personelin çabasıyla verilerin kompozisyonunda meydana gelen değişim, ülkemizde kanser kayıtlarının yakın zamanda düzene gireceği yönünde umutlarımızı artırmaktadır. Özellikle Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerimizin konuyla ilgili çabalarının azalmadan sürdüğü bu dönemde, verileri uluslararası kabul gören illerimize yenilerinin ekleneceğini düşünüyoruz. Bununla birlikte, sistemin kişisel çabalara gereksinim duymayacak şekilde yapılandırılması gerekliliği bizce kaçınılmazdır.

**Anahtar Kelimeler**

Kanser kayıt merkezi, Kanser kayıtları

• Yrd. Doç. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer, KSÜ Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş - h\_ekerbicer@yahoo.com

• Emine BANKAOğLU, İl Sağlık Müdürlüğü, Kahramanmaraş

**SCI VE SCI-E KAPSAMINDAKİ DERGİLERDEN ALINAN HAKEM ELEŞTİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****C. H. AÇIKEL, C. YEGİNER, M. UÇAR****Giriş ve Amaç**

Sağlık bilimlerinde süreli yayınların sayı ve önemi sürekli artmaktadır. Ülkemizde bazı akademik yükselmelerde SCI ve SCI-E kapsamında taranan dergilerde yayın kriteri getirilmesi, bu durumdaki yayınların sayısını ve zorunluluğunu artırmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu araştırma ile anılan indekslerde yer alan dergilere gönderilen makalelere yapılan eleştiriler ve bu eleştirilerin etik ve epidemiyolojik bazı yönlerden incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma Nisan-Haziran 2008 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Balen görevli öğretim üyelerine e-posta ve telefonla çağrı yapılmış, son 12 ay içinde SCI ve SCI-E kapsamındaki dergilere gönderdikleri yayımlar ve bu yayımlar için aldıkları hakem eleştirilerini araştırmacılarla paylaşmaları istenmiştir. Sonuçta 35 dergiye gönderilmiş 41 yayına ait eleştiriye ulaşılmıştır. Ulaşılan eleştiriler, eleştiri nedeni, yapılması istenen değişikliklerin etiğe uygunlukları ve epidemiyolojik doğrulukları hakkında hazırlanan bir kontrol listesi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

İncelenen makalelerin 34 tanesi araştırma, 7 tanesi olgu sunumudur. 21 makaleye editör görüşü eklenmemiş, sadece hakem eleştirileri verilmiştir. Makale ismi 4, araştırma konusu 6, araştırma kurgusu 13, vaka seçimi 13, örnek büyüklüğü 7, tablolar 13, uygun olmayan ve eksik istatistik 6, dil kullanımı 9 makalede eleştirilmiştir. Tartışma 3 makalede uzun, 5 makale için ilgisiz, 21 makale için yetersiz değerlendirilmiş, 6 makale için sonuç ve öneriler uygun bulunmamıştır.

Eleştirilerin epidemiyolojik yönden değerlendirilmesinde: 17'sinde önerilen yöntemin doğru, 6'sında uygulanabilir olmadığı, önerilen istatistik analizlerin 3 tanesinde hatalı, birinde ise katkı sağlamayacak nitelikte olduğu değerlendirilmiştir. Ayrıca etik değerlendirmede: 6 makale için hakemin özellikle bazı kaynaklara atıfa yönlendirdiği, 3 tanesinde aşağılayıcı ifadeler kullanıldığı gözlenmiştir.

**Sonuç**

Hakem eleştirileri yayınların kalitesinin artması için önemli bir yol göstericidir. Hakem eleştirilerinin incelendiği bu çalışmada bize araştırma kurgusu konusunda yapılan eleştirilerin fazlalığı, başlangıçta iyi planlama yapmanın önemini bir kez daha göstermiştir. Bunun yanı sıra hakem eleştirilerinde çok sayıda epidemiyolojik ve etik hata içermesi yayın kurullarının hakem seçimlerinde ve standardizasyonunda dikkat göstermeleri gerektiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Hakem, Eleştiri, Etik, Epidemiyoloji

\* Doç. Dr. Cengiz Han AÇIKEL, GATA Halk Sağlığı A.D. - chacikel@gmail.com

\* Arş. Gör. Dr. Cenk YEGİNER, GATA Halk Sağlığı A.D. - cenky99@yahoo.com

**TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK İNCELENMESİ****M. UYAR, T. K. ŞAHİN, M. ARTAÇ, O. Ö. EREN****Giriş ve Amaç**

Kanser: yüksek öldrürücülük hızı ve sık görölmesi sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre gelişmiş ölkelerde ikinci sırada ölüm sebebidir ve 2020 yılından sonra birinci sıraya yükselecektir. Bu araştırmada, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Onkoloji polikliniğine başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, 2004 Yılı temmuz ayında hizmete açılan Onkoloji polikliniğine 2007 Yılı Aralık ayı sonuna kadar başvuran hastaların tümünün dosyaları dâhil edilmiştir. Dosyalar incelenerek, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve kanser ile ilgili epidemiyolojik özelliklerine ait veriler elde edilmiş, elde edilen bu veriler araştırmacılar tarafından önceden hazırlanmış olan veri giriş formlarına kaydedilmiştir. Daha sonra bilgisayar ortamına aktarılan veriler, SPSS 13.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

İncelenen 4468 dosyanın 2123'ü (%47,5) erkek, 2345'i (%52,5) kadın idi. Hastaların 648'inde kanser tespit edilemedi. Kanser tanısı alanların büyük çoğunluğu Konya'da ikamet etmekte, %10,1'i Konya dışı illerde yaşamakta idi. Eğitim durumları tespit edilen kadınların %27,8'i eğitimsiz, yaklaşık 2/3'ü ilk-ortaokul mezunu, %3,5'i üniversite mezunu idi. Erkeklerde ise ilk-ortaokul ve üniversite mezunu oranı kadınlara göre daha yüksek olup sırası ile %78,8 ve %5,8 olarak tespit edildi. Medeni durumlarına bakıldığında her iki cins te büyük oranda evli idi. Sigara içme durumu tespit edilen hastalarda, kadınların büyük çoğunluğu hiç sigara içmemiş (%91,7), %7'si halen sigara içmekteydi. Erkeklerde bu oranlar sırası ile %23,1 ve %61,8 olarak tespit edildi. Meslek durumuna bakıldığında; kadınların büyük oranda ev hanımı oldukları (%95,4), erkeklerin ise büyük oranda çiftçi, esnaf, işçi ve memur oldukları tespit edildi. Tanı yaşı 3388 olguda tespit edildi. Ortalama tanı yaşı 55,21±14,24 idi. Erkeklerde 65-69, kadınlarda 45-49 en sık kanser görülen yaş grubu olarak tespit edildi. Erkeklerde: akciğer, mide ve kolo-rektal kanserler, kadınlarda ise meme, kolon ve jinekolojik kanserler en sık idi. Kanser tanısının konulduğu merkez en sık olarak üniversite hastanesi idi (%38,7). Tanı anındaki evresi 2847 olguda tespit edildi. Olguların %30,2'si lokal evre, %36,8'i ileri evre, %33'ü metastatik evrede tanı almıştı. Evre ile yerleşim yeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kadınlarda meme kanserinde evre ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Eğitim seviyesi arttıkça daha erken dönemde tanı konulduğu tespit edildi.

**Sonuç**

Kanserle mücadelede başarılı olunması için risk faktörlerinin, epidemiyolojik özelliklerin ortaya konulması ve erken tanı önemlidir. Kanser kayıtlarının düzenli ve eksiksiz tutulması kanserle ilgili araştırmalarda güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlar.

**Anahtar Kelimeler**

Kanser, epidemiyoloji, onkoloji

- Arş. Gör. Dr. MEHMET UYAR, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - mehmet.uyar@gmail.com
- Okutman T. KEMAL ŞAHİN, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Yrd. Doç. Dr. MEHMET ARTAÇ, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAK. ONKOLOJİ A.D.

## ANKARA İLİ YENİMAHALLE İLÇESİ ANADOLU MAHALLESİNDE AİLE İÇİ YAŞLI İSTİSMARININ SAPTANMASI

**Fatma İLHAN, Sefer AYCAN, Mustafa N. İLHAN, F. Nur AKSAKAL**

### Giriş ve Amaç

Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu Mahallesi'nde aile içi yaşlı istismarı sıklığını ve buna etki eden etmenleri saptamaktır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma sırasında Anadolu Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki 275 kişi incelenmiştir. Kesitsel tipteki araştırmada yaşlılara, yaşlı istismarını saptamaya yönelik anket formu, bilişsel durumlarını değerlendiren Eğitimsizler İçin Mini Mental Test(SMMT-E) ve günlük yaşam etkinliklerini yapabilme durumlarını değerlendiren Groningen Etkinlik Kısıtlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma bulguları, yaşlılar evlerinde ziyaret edilip ve yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir.

### Bulgular

İncelenenlerin yaş ortalaması  $71,5 \pm 5,3$ 'tür. %57,8'i kadın, %65,1'i evli, %63,6'sı ilkokul mezunu değildir. %96,7'sinin sosyal güvencesi, %92,7'sinin geliri vardır. İncelenenlerin %18,2'sinde aile içi yaşlı istismarı saptanmıştır. Yaşlı istismarının %40,5'ini duygusal istismar, %29,7'sini ihmal, %20,3'ünü ekonomik istismar ve %9,5'ini fiziksel istismar oluşturmaktadır. Aile içi yaşlı istismarı kadınlarda, 75 ve üzeri yaş grubunda, dullarda, ilkokul mezunu olmayanlarda, iki ve daha az sayıda yaşayan çocuğu olanlarda, çocuğunun akrabasının evinde ikamet edenlerde, yalnız yaşayanlarda, dön ve daha fazla kişi ile birlikte yaşayanlarda, hafif/orta bilişsel bozukluğu olanlarda, günlük yaşam etkinliklerinde ve yararlı günlük yaşam etkinliklerinde yetersiz olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

### Sonuç

Toplumumuzun yaşlanmasıyla, giderek artan bir halk sağlığı sorunu olan yaşlı istismarı konusuna toplumun ilgisi çekilmeli istismarın önlenmesi çalışmalarına en kısa zamanda başlanmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Yaşlı, İstismar, SMMT-E, Groningen Etkinlik Kısıtlılığı Ölçeği

- Uzm. Dr. Fatma İlhan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D. -
- Prof. Dr. Sefer Aycan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D. - saycan@gazi.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Mustafa N. İlhan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D. - mnilhan@gazi.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. F. Nur Aksakal, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.

## ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BÜYÜK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERDE DÜŞMEYE BAĞLI KIRIKLARIN BEŞ YILLIK DEĞERLENDİRİLMESİ

Z. SÜTOLUK, F. TANIR, M. AKBABA

### Giriş ve Amaç

Osteoporoz kemik kütlelerinde azalma ve yapısal bozukluk ile seyreden bir hastalık olup, yaşlılıkta hastalık yükünün büyük bir kısmını oluşturur. Prevalansı yaşla artar. Osteoporotik kırıklar içinde kalça kırıkları en ciddi olup neredeyse tümü hastaneye yatış gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1990 yılında tüm dünyada 1,7 milyon kalça kırığı oluşmuştur. 2050 yılında ise bu sayının 6 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu çalışmanın amacı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Büyük Acil servisine başvuran 65 yaş ve üzerindeki kişilerde düşme sonucu oluşan kırıkların demografik özelliklerini saptamaktır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. ÇÜTF Büyük Acil servisinde 1-31 Mart 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Acil servise 2003-2007 yılları arasında düşmeye bağlı kırık ile başvuran 65 yaş ve üzerindeki 240 kişi bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Başvuranların yaşı, cinsiyeti, kırık yeri, kırığın olduğu mevsim ve hastanede yatış süreleri gibi değişkenleri araştırılmıştır. Kırıkların yaş gruplarına göre dağılımlarını incelemek için yaşları 65-74, 75-84 ile 85 ve üzeri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Kırıkların cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımı tek değişkenli düzenekte ki kare testi ile yapılmıştır.

### Bulgular

Kırık nedeni ile 2003-2007 yılları arasındaki beş yıllık dönemde acil servise 240 kişi başvurmuştur. Çalışma grubunun yaş ortalaması 76,4±6,6 yıldır (en düşük: 65; en yüksek:95). Kadınlar ve erkeklerin yaş ortalaması arasında bir fark yoktur (p>0,05). Kırıkların %48,3'ü 75-84, %38,8'i 65-74 ve %12,9'u da 85 yaş ve üzerindekilerde saptanmıştır. Kırıkların %68,7'si kadınlarda, %31,3'ü erkeklerde saptanmıştır (X<sup>2</sup>=33,75; p<0,001). Kırıklarda ilk üç sırayı femur boyun (%64,2), pelvis (%16,3) ve humerus (%4,6) kırıklarının oluşturduğu bulunmuştur. Kırıkların %26,7'si ilkbahar, %26,3'ü sonbahar, %24,6'sı kış ve %22,4'ü de yaz mevsiminde olduğu bulunmuştur. Femur boyun ve pelvis kırığı olan 193 kişinin hastanede yatış süresi ortalaması 10,6±5,7 gündür.

### Sonuç

İleri yaş kırıkları her iki cinste hastaneye yatış gerektirmesi ve morbiditeyi artırması açısından önemli olup, bu kırıkların oluşmasını engelleyecek koruyucu tedavi yöntemlerinin alınması önemli olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Osteoporoz, yaşlılık, kırıklar.

- Üzm. Dr. Zeynel Sütuluk, ÇÜTF Halk Sağlığı - zsutuluk@cu.edu.tr
- Doç. Dr. Ferdi Tanır, ÇÜTF Halk Sağlığı - ftanir@cu.edu.tr
- Prof. Dr. Muhsin Akbaba, ÇÜTF Halk Sağlığı - akbaba@cu.edu.tr

**EDİRNE İL MERKEZİNDE HUZUREVİNDE KALAN KİŞİLERDE AMELİYAT GEÇİRMİŞ OLMA DURUMLARININ İNCELENMESİ****HASAN DEDELER, F. YORULMAZ, Ö. OMCA, N. GÜÇKAN, U. ZEYREK****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada huzurevinde kalmakta olan yaşlıların ameliyat geçirmiş olma durumları, ve geçirilen ameliyat sayısı, nerede ameliyat olunduğu, ameliyat geçirilen yaş gibi bugüne kadar geçirilmiş olan ameliyatlara ilgili bazı özellikleri araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte olan ve Edirne İl merkezinde bulunan Huzurevi'nde yürütölen bu çalışmaya; birkaç kez ziyaret edilmesine rağmen, anamnez veremeyen, hafıza sorunları yaşayan yaşlılar gibi çeşitli nedenlerle, kalmakta olan 110 yaşlıdan 10'u kadın, 53'ü erkek olmak üzere toplam 63'ü (%57.27) gerekli izinler alındıktan sonra alınmış ve yaşlılardan Nisan-Mayıs 2008 arasında yüz yüze anket yoluyla veri toplanmıştır.

**Bulgular**

Huzurevinde kalmakta olan 63 yaşlının yaş ortalamaları ve standart sapmaları: kadınlarda  $76.49 \pm 6.49$  yıl, erkeklerde  $80.70 \pm 9.37$  yıl olmak üzere tüm grupta ortalama  $77.16 \pm 7.11$  yıl olarak bulunmuştur. Yaşlılarımız ortalama  $5.60 \pm 4.72$  yıldır bu kurumda kalmaktadır.

Yaşlılarımızdan 53'ü araştırma gününe kadar en az 1 ameliyat geçirmiştir (%84.13), araştırma zamanına dek geçirilen ortalama ameliyat sayısı  $2.09 \pm 1.64$  kez olarak bildirilmiştir. Bu sayı kadınlarda  $1.77 \pm 0.84$  ve erkeklerde  $2.25 \pm 1.69$  olarak bildirilmiştir. En sık bildirilen 3 ameliyat erkeklerde göz, fıtık ve herni ameliyatları, kadınlarda ise jinekolojik ameliyatlara, göz ve kolesistektomi ameliyatlarıdır. Ameliyat olmak için en çok Devlet hastaneleri tercih edilmiştir. Ameliyat olma kararı en sık yaşlının kendisi ( $n=51$ , %96.22) ve ikinci sırada ( $n=2$ , %3.78) yakınları vermişlerdir.

**Sonuç**

65 yaş üzeri grupta ameliyat geçirme sıklığı, toplumda yaşamboyu rastlanan sağlık sorunları açısından bir gösterge olarak düşünölmeli ve koruyucu hekimlik uygulamalarında da, yaşlılara sunulacak sağlık hizmetlerinde de bu durum dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Yaşlı, ameliyat, huzurevi

- Prof. Dr. Faruk Yorulmaz, TÜTF Halk Sağ. A.D. - farukyorulmaz@hotmail.com
- Arş. Gör. Hasan Dedeler, TÜTF Halk Sağ. A.D.
- Özden Omca, TÜTF Halk Sağ. A.D.
- Arş. Gör. Dr. Nagihan Güçkan, TÜTF Halk Sağ. A.D.
- Arş. Gör. Dr. Uğur Zeyrek, TÜTF Halk Sağ. A.D.

## GAZİANTEP İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN GENEL SAĞLIK DÜZEYİ ve SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ

**S. AYDIN, L. KARAOĞLU**

### Giriş ve Amaç

Birçok ülkede yaşlıların genel yaşam ve sağlık düzey ve gereksinimlerin belirlenmesi, ve buna göre sağlık bakım hizmetlerinin düzenlenmesi çalışmaları yürütülmektedir. Bu çalışmada, Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların genel sağlık düzeylerinin ve ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı araştırmanın evrenini Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde nüfusa dayalı orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 60 kümede, her kümeden 10 olmak üzere toplam altı yüz yaşlı ile Aralık 2007- Mayıs 2008 tarihleri arasında yüzyüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Anket formu, Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı genel sağlık düzeyi tarama formundan faydalanılarak hazırlanmıştır. Kronik hastalığı olan yaşlıların genel sağlık düzeyinin saptanması için Karnofsky Performans Skalası kullanılmıştır. Veri analizi SPSS-16.0 programıyla yapılmıştır.

### Bulgular

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %45.2'si erkek, %54.8'i kadındır. Yaşlıların %64.3'ü 65-74 yaş grubunda, %29.0'ı 75-84 yaş grubunda, %6.7'sinin 85 ve üzeri yaş grubundadır. Yaşlıların %93.7'sinin en az bir kronik hastalığı mevcuttur. En çok saptanan kronik hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon (%61.7), romatizma-artrit (%57.8), osteoporoz (%55.9), anksiyete-depresyon (%52.5), gastrit-ülser (%35.1) ve kalp hastalıklarıdır (%33.1). Yaşlıların %10.3'ünün fiziksel engeli bulunmaktadır. Herhangi bir hastalığı olan yaşlıların %3.2'si Karnofsky gruplamasına göre hastane bakımı gereken, %6.6'sı sık medikal yardım gereken yaşlılardır. %32.2'si kendi kendine bakabilecek sağlık düzeyine sahiptir ve %58.0'ı kişisel ihtiyaçları için yardıma muhtaçtır. Yaşlıların %28.5'i sağlıklarını iyi, %35.2'si orta düzeyde ve %36.3'ü kötü olarak değerlendirmiştir. Yaşlılara kişisel bakımlarında en fazla çocuklarının (%41.5) yardım ettiği tespit edilmiştir. Yaşlıların %31.5'i sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişeli olduklarını belirtmiştir. Sağlık hizmetine ulaşamama endişesi kırsal alanda yaşayan yaşlılarda belirgin olarak yüksek bulunmuştur (%71.8) (p<0.05).

### Sonuç

Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların tamamına yakınının en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır, üçte ikisi kişisel bakımlarında yardıma muhtaçtır, onda birinin ise ciddi medikal bakıma ihtiyacı vardır. Kırsal alanda daha fazla olmak üzere her üç yaşlıdan biri sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda endişelidir. Bu sonuçlar yaşlıların sağlık gereksinimleriyle ilgili daha özenli programların düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir.

### Anahtar Kelimeler

Yaşlılar, sağlık düzeyi, sağlık hizmet gereksinimi

- Semiha AYDIN, İnönü Üniversitesi - smhaaydn@hotmail.com
- Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU, İnönü Üniversitesi - lkaraoglu@inonu.edu.tr



**GAZİANTEP MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE ŞİDDETE MARUZİYET VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER****L. KARAOĞLU, S. AYDIN****Giriş ve Amaç**

Son yıllarda aile içi şiddet ve çocuğa yönelik şiddet konusunda araştırmalar yapıp önlemler alındığı halde, yaşlılarda şiddetin henüz tam olarak ortaya konmamış gizli bir halk sağlığı sorunu olarak var olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada Gaziantep il merkezinde yaşayan altmış beş yaş ve üzeri grupta şiddete maruz kalma ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu araştırmanın evrenini Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Örnekleme seçiminde WHO 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey Merkez İlçeleri'nde yaşayan 65 yaş ve üstü 600 bireyin sosyodemografik özellikleri ve şiddete maruziyetleri incelenmiştir. Şiddet soruları Amerikan Tıp Birliği'nin hazırladığı yaşlılarda şiddet tarama soru formundan faydalanılarak hazırlanmıştır. Veriler 01 Aralık 2007 - 31 Mayıs 2008 tarihleri arasında, yaşlılarla yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Veri analizi SPSS-16.0 programıyla yapılmıştır. Analizde X2 testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamına giren yaşlıların %45.2'si erkek, %54.8'i kadındır. Yaşlıların %64.3'ü 65-74 yaş grubunda, %29.0'ı 75-84 yaş grubunda, %6.7'sinin 85 ve üzeri yaş grubundadır. Yaşlıların %44.0'ı herhangi tür bir şiddete maruz kalmıştır. Şiddete maruz kalma kadınlarda (%55.7), ilkokulu bitirmeyenlerde (%48.7), herhangi bir bakıma ihtiyacı olanlarda (%57.3) belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0.05). Şiddete maruziyet genç yaşlılarda (%39.0), evlilerde (%32.7), kendine ait tapulu malı olanlarda (%38.5), gelirini çok iyi olarak değerlendirenlerde (%8.3) belirgin olarak düşük bulunmuştur (p<0.05). Yaşlıların %3.2'si fiziksel, %43.9'u mental, %16.8'i finansal ve %0.4'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır.

**Sonuç**

Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yarıya yakını herhangi bir şiddete maruz kalmıştır. Yaşlıların çoğu mental şiddet görmüştür. Yaşlılara yönelik şiddet de şiddet önleme programları kapsamında değerlendirilmeli, konuyla ilgili taraflara farkındalık kazandırma ve toplum eğitimi gibi aktiviteler planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Yaşlılar, şiddet, cinsel şiddet, fiziksel şiddet, mental şiddet

- Doç. Dr. Layla KARAOĞLU, İnönü Üniversitesi - lkaraoglu@inonu.edu.tr
- Semiha AYDIN, İnönü Üniversitesi - smhaaydn@hotmail.com

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA YAŞAM DOYUMU; MANİSA ÖRNEĞİ****Saliha ALTIPARMAK****Giriş ve Amaç**

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile karmaşık bir süreçtir. Özellikle bu grup bireyler eş kaybı, yalnız yaşam, sağlık durumu gibi sorunlar yaşamakta bu da onların yaşam doyumlarını etkilemektedir. Amaç: Çalışmamızın amacı, huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam doyumu ve ilişkili faktörleri belirlemek.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmaya Manisa Belediyesi İsmail Muammer Cider Huzurevi, Akhisar Huzurevi, Turgutlu Huzurevi, Manisa Huzurevi Vakfı Dinlenme Evi'nde araştırmanın yapıldığı dönemde kalan 215 yaşlı oluşturmaktadır. Ancak bilincin kapalı olması, konuşma bozuklukları, kurum dışında bulunma, görüşmek istememe gibi nedenlerle 130 kişiye ulaşılmıştır. Katılım oranı %60.5'tir. Araştırma verilerinin toplanmasında üç anket formu kullanılmıştır; Sosyo-demografik anket formu, Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Yaşam Doyumu Ölçeği. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle Nisan-Mayıs 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler SPSS for Windows 11.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş, tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare test, Student T-Test, One Way ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney-U ve Pearson korelasyon istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

**Bulgular**

Yaşlıların 92'si (%70.8) erkek ve 113'ü (%86.9) 65 yaş ve üzeridir. Ortalama yaş dağılımı 73.6±8.6'dır. 73'ünün (%56.2) eşi ölmüştür. Yaşlıların 112'si (%86.2) ilköğretim ve altı eğitiminde, 87'sinin (%66.9) sosyal güvencesi yoktur. Çalışmada yaşam doyumu ile cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal güvence, gelir gibi sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p> 0.05). Yaşlılara sorulan "sizce sağlığınız nasıldır?" sorusuna verilen yanıtlarda, sağlığını iyi algılamak ile yaşam doyumu arasında doğrusal anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Yaşamında kendisi için özel bir insan olduğunu belirten, aile desteği alan yaşlıların yaşam doyumları diğerlerine göre daha iyidir (p< 0.05). Çalışmada yaşam doyumu ile sosyal destek arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur (r=0.312).

**Sonuç**

Yapılan çalışmada huzurevinde yaşayan bireylerde yaşam doyumlarının artırılmasında sosyal desteğin ve sağlık durumlarını algılamalarının önemli olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda huzurevinde yaşayan yaşlılarda algılanan sağlık ve sosyal desteklerini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Yaşlı, yaşam doyumu, sosyal destek.

• Öğr. Gör. Saliha ALTIPARMAK, CBÜ, Sağlık Yüksek Okulu - salihaozpinar@gmail.com

**İSTANBUL BEŞİKTAŞ'TA YAŞLILARDA AKTİF YAŞLANMA PROJESİNİN İLK SONUÇLARI: KAZA SIKLIğI VE KAZA İLE İLİŞKİLİ FAKÖRLER****A. E. ÖNAL, S. SEKER, İ. KAYA, N. TEMİZKAN, İ. YASİN****Giriş ve Amaç**

Kazalar planlanmamış, beklenmeyen ve yaralanma ile sonuçlanan olaylardır. Yaşlılıkta kazalar morbidite ve mortalite açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aynı zamanda özellikle yaşlılar için önenebilir sağlık sorunları arasında sayılmaktadırlar. Bu çalışmada yaşlılarda kaza sıklığı ve ilişkili olduğu faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

İstanbul'un Beşiktaş İlçesi'nin "+65 Aktif Yaşlanma Projesi" ilçede yaşayan tüm yaşlılara: aktif ve sağlıklı bir yaşlanma sağlamak için başlatılmış bir projedir. Önce ilçedeki yaşlı bireyler bu projeden bez afişler, billboardlar ve gönderilen 17,098 SMS aracılığı ile haberdar edilmiştir. İlgililer 7/24 çalışan randevu sistemi ile 5 ayrı merkezde görüşmelere kabul edilmiştir: merkezlere ulaşamayan danışanlara evlerinde hizmet verilmiştir. Beşiktaş nüfusunun (n:191 000) %11.5'i yaşlı nüfustur. Nüfusun tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak bu çalışmada Ocak-Haziran 2008 tarihlerinde başvuran ilk 271 yaşlının sonuçları değerlendirilmiştir. Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu bölümde yaşlılara yüz yüze görüşme yöntemi ile kazalar ile ilgili anket uygulandı. Veriler SPSS paket programda frekans, yüzde oran ve ki-kare testi ile değerlendirildi. % 95 güven düzeyinde p<0.05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular**

Yaşlıların %72.3(n:196)ü kadın, %27.7(n:75)si erkek idi. Ortalama yaş 70.4±5.75 idi. %10.0 (n:27)u halen çalışmakta, %54.2(n:147)si emekli, %35.8(n:97)si ev kadını idi. %24.0(n:65)ü yalnız yaşıyordu, % 73.1(n:198)si ailesi ile birlikte yaşıyordu. %30.3(n:82)ünün fiziksel aktivite problemi varken: %69.7(n:189)sinin hiçbir fiziksel aktivite problemi yoktu. Danışanların %45.4(n:123)ü yüksek, %42.4 (n:115)ü orta, %12.2(n:33)si hafif fiziksel aktivite düzeyinde idi. % 41.0(n:111)si son bir yıl içinde kaza geçirmişti. Bunların %54.0(n:60)ü düşme, %37.9(n:42)u trafik kazası, %5.4(n:6)ü zehirlenme, %2.7(n:3) si diğer kazalar idi. Yaşlıların %97(n:263)sinde en az bir kronik hastalık vardı.Yaş, cinsiyet, yaşama şekli, kronik hastalığı olma ile kaza geçirme riski arasında istatistiksel bir bağlantı yoktu ancak; yaş ilerledikçe bir kaza yaşama olasılığının arttığı gözlemlendi. Kaza geçirmiş olma ile fiziksel aktivite problemi olma arasında istatistiksel anlamlı ilişki vardı (KİΣ:5.118, p:0.024).

**Sonuç**

Yaşlılıkta kaza geçirme ve fiziksel aktivite problemi olma sık karşılaşılan sorunlardır. Yaşlılar özellikle düşme ve trafik kazaları konusunda eğitilmeli ve kazalar konusunda gerekli diğer önlemler alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Yaşlılık, kaza, fiziksel aktivite.

- Doç. Dr. Ayşe Emel Önal, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi - onale@istanbul.edu.tr
- Dr. Şeref Şeker, İstanbul Beşiktaş Belediyesi, +65 Aktif Yaşlanma Projesi - serefseker@hotmail.com
- İrem Kaya, İstanbul, Beşiktaş Belediyesi, +65 Aktif Yaşlanma Projesi, diyetisyen - dytiremkaaya@hotmail.com
- Nimet Temizkan, İstanbul, Beşiktaş Belediyesi, +65 Aktif Yaşlanma Projesi, Projesi, psikolog - nimettemizkan@hotmail.com
- İrem Yasın, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi - irem\_y7@hotmail.com

## MANİSA KENT MERKEZİ BİR GECEKONDU BÖLGESİNDE YAŞLILARDA MEDİKO-SOSYAL DURUM VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMUNUN TANIMLANMASI

**N. Pınar BAYSAN, Eyüp AYDOĞAN, Derya SEZDİ, Burcu ÇİNKOĞLU, Mehmet ULU, Gönül DİNÇ HORASAN**

### Giriş ve Amaç

Bu araştırma Manisa kent merkezinde bir gecekondu bölgesi olan Horozköy Sağlık Ocağı bölgesinde yaşlılarda mediko-sosyal durumun ve yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun saptanması amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oluşturmaktadır (n=1250). Örnek grubu, ev halkı tespit fişlerinden sistematik rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 350 kişiden oluşmuştur. Veriler, intern hekimler tarafından, yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılandırılmış anket formu ile toplanmıştır. Kronik hastalık değerlendirilmesi yaşlı kişilerin sözlü ifadelerine göre yapılmıştır. Veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde ki kare testi ve tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.

### Bulgular

Çalışma grubundaki 266 yaşlının, %45.9'unu erkekler, %54.1'ini ise kadınlar oluşturmaktadır. Yaşlıların %44.7'si 65-69 yaş aralığında olup, 80 yaş ve üzeri yaşlılar sadece %8.6'lık dilimi kapsamaktadır. Erkeklerin %63.1'i evli, kadınların %65.3'ü dul; yine kadınların %63.9'u, erkeklerin %32.8'i okur yazar değildir. Erkeklerin %86.9'u, kadınların ise %87.5'i alt sosyal sınıftadır. Yaşlıların %7.5'unda bağ-kur, %19.9'unda SSK, %7.9'unda emekli sandığı, %12.5'inde yeşil kart bulunmaktadır. Sağlık güvencesi olmayanlar %52.3 oranında saptanmıştır. Erkeklerin %48.4'ünün, kadınların %55.6' sının herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır (p=0.268), erkeklerin %43.4'ü, kadınların ise %31.3'ünün düzenli bir geliri vardır (p=0.042). Yaşlıların %49.6'sı sağlık durumunu iyi, %26.7'si iyi sayılır, %19.9'u kötü, %3.8'i ise çok kötü olarak değerlendirmiştir. Kadınların %80.6'sının, erkeklerin %73.0'ının herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır (p=0.142). En fazla rastlanan kronik hastalık hipertansiyondur(%67.8). Herhangi bir kişisel bakım sorusunda %29.3 yaşlı yardım gereksinimi duymaktadır ve cinsiyet farkı izlenmemektedir (p>0.05). Kadınlar daha fazla sosyal destek ihtiyacındadır (p=0.028). Yaşlıların en fazla başvurdukları kurumlar %21.1 devlet hastanesi, %77.1 sağlık ocağı, %0.4 özel poliklinik, %1.6 üniversite hastanesidir ve cinsiyetler arası fark saptanmamıştır (p>0.05). Yaşlıların %75.2'si sağlık kuruluşuna kolay ulaşmaktadır ve cinsiyetler arası fark yoktur(p>0.05). Sağlık kuruluşuna kolay ulaşılama nedenleri olarak 'tek başına gidememe' (%66.7), "bedensel engel bulunması" (%16.7), "parasının yeterli olmaması" (%12.1), "uzak olması" (%4.5) belirtilmiştir. Son 15 günde hastalanma oranı %27.8'dir ve bu bireylerin %87.8'i sağlık ocağına başvurmuştur. Erkekler sağlık ocağına, kadınlar devlet hastanesine daha büyük oranda başvurmuştur.

### Sonuç

Araştırma kapsamında bir gecekondu bölgesinde yaşayan yaşlıların sosyoekonomik düzeylerinin oldukça yetersiz olduğu ve bu sorunun kadınlarda erkeklere göre daha önemli olduğu saptanmıştır. Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşma açısından da sorunları söz konusudur.

### Anahtar Kelimeler

Yaşlı, medikososyal durum, kronik hastalık, sağlık kurumuna ulaşım.

- Arş. Gör. Dr. N. Pınar BAYSAN, CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - pınar.baysan@bayar.edu.tr
- Dr. Eyüp AYDOĞAN, CELAL BAYAR Ü.T.F.
- Dr. Derya SEZDİ, CELAL BAYAR Ü.T.F.
- Dr. Burcu ÇİNKOĞLU, CELAL BAYAR Ü.T.F.
- Dr. Mehmet ULU, CELAL BAYAR Ü.T.F.
- Doç. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN, CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gonuldinc@yahoo.com

**TOPLUMSAL TEMELLİ YAŞLI BAKIMI: BİR SOSYAL KAPİTAL YORUMU****Sengül HABLEMİTOĞLU, Filiz YILDIRIM****Giriş ve Amaç**

Yaşlı bakımı: sağlığı ve sosyal bakımı birlikte içeren, temelde birincil sağlık hizmetleri kapsamında yaşlıların bağımsız yaşayabilmelerinin sürdürülmesine ve hatta artırılmasına yardım eden çeşitli görev ve hizmetleri kapsamaktadır.

Türkiye’de yaşlı bakımına ilişkin etkin ve verimli bir örgütlenme sözkonusu değildir. Yaşlı bakımı kültürel yapının da etkisiyle daha çok evde informal bakım biçiminde sürdürülmektedir. Ancak informal yaşlı bakımının kabul edilen açık bir standardı yoktur. Bunun yanısıra kurumsal bakım da yetersiz düzeyde sağlanabilmektedir. Çünkü, ülkemizde toplumun bütün katmanları için yararlanılabilir bir kurum bakımı pahalıdır. Ayrıca bakıma gereksinimi olan yaşlı bireyin özellikle sosyal yaşamdan soyutlanması ile gelişen yalnızlaşma, izolasyon, duygusal uzaklaşma, yabancılaşma gibi olumsuzluklar ve “yetersiz bakım” olarak tanımlanan kurumsal istismarla karşılaşma olasılığı, kurum bakımına duyulan güveni sarsmaktadır. Günümüzde yaşlı bakımında yakın çevre ve toplumda bakımı destekleyen sosyal kapital kapsamındaki paydaşlar (aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, gönüllüler, doğrudan hizmet sağlayıcılar, yerel yönetimler ve hükümetler) önem kazanmaktadır. Bu anlamda sosyal kapital, bireyin yakın ve genişleyen çevresindeki sosyal ilişki ve etkileşim ağlarının sağladığı az ya da çok kurumsallaşmış ve süreklilik gösteren potansiyel yaşlı bakımına ilişkin toplumsal kaynakların bütününtü içermektedir.

**Gereç ve Yöntem****Bulgular****Sonuç**

Bu bildiriye formalden informale kadar Türkiye’de ideal yaşlı bakımına ilişkin sorumlulukların rotasını belirlemede; toplumdaki tüm birey ve kurumların yaşlı bireyin çevresi ile ilişkilerini güçlendirmek ve desteklemek, işlevselliğini korumak ve kurumsal bakımın maliyetlerini düşürmek için toplum temelli bakım anlayışı geniş kapsamlı bir sosyal kapital örüntüsü içinde yorumlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Yaşlılık, yaşlı bakımı, sosyal kapital

- Prof. Dr. Şengül HABLEMİTOĞLU, ANKARA ÜNİVERSİTESİ - SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ - hablemit@gmail.com
- Uzm. Filiz YILDIRIM, ANKARA ÜNİVERSİTESİ - FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ - filizyildirim06@hotmail.com

## TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI: MEVCUT YAPILANMA, SAĞLIK BAKANLIĞI VE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

**N. YARDIM, S. Ç. ÇOBAN, N. ÇOBANOĞLU**

### Giriş ve Amaç

DSÖ'nün tanımına göre yaşlılık. "Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalmasıdır". Gelişen yaşam koşulları nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus artmaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 sonuçlarına göre 65 ve üzeri grup, nüfusun %7,1'ini oluşturmaktadır. Türkiye'de 65 yaşında yaşam beklentisi 14,26 yıldır. Avrupa bölgesinde 16,4; İsveç 18,94 ve UK için 17,9 yıldır. Yaşlı sağlığı konusunda mevcut yapılanma ve yürütülen çalışmalar irdelenerek öneriler geliştirilmesi; bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Geliştirilen form aracılığı ile yaşlı sağlığı kapsamında 2003 yılından itibaren yürütülen faaliyetler ve yaşlı sağlığı hizmeti veren birimler hakkında veri toplanmıştır.

### Bulgular

Yaşlı sağlığı bakım hizmetleri ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı, yerel yönetimler, özel kuruluşlar ve Sivil Toplum Kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında Buluşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. SHACEK, Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı bünyesinde toplam 75 adet Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi; yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ev ortamında yaşayan yaşlılar için 5 adet Yaşlı Dayanışma Merkezleri bulunmaktadır. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ihtiyacı olanlara maddi yardım yapmaktadır. "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" uyarınca evde bakım hizmetleri sağlanmaktadır. İllerde hizmetiçi eğitimler düzenlenmiş ve illerde yaşlıların beslenme durumlarının iyileştirilmesine yönelik il aktivite planları hazırlanarak beslenme eğitimleri verilmesi sağlanmıştır. Adana, Ağrı, Aksaray, Amasya, Antalya, Artvin, Bingöl, Bursa, Çankırı, Çorum, Düzce, Erzincan, İzmir, Kars, Kilis, Osmaniye, Samsun, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tekirdağ, Tokat, Trabzon, Tunceli, Yalova, Van illerinde hiç bir program yürütülmemektedir. Diğer illerimizde ise mobil sağlık hizmeti sunumu, gezici ekiplerle düzenli muayene, hasta nakil hizmeti, istatistiki takip, pnömokok aşılması-yetişkin aşılama takvimi, diabet hasta takibi, evde bakım kursu, ilaç temini, gibi çeşitli programları kapsamaktadır. Antalya, Eskişehir, Gaziantep ve Aydın Devlet hastanelerinde Geriatri polikliniği, Kayseri ve Kırıkkale'de Geriatri merkezi; Aydın, Denizli, Sivas'da Toplum Sağlığı Merkezi geriatri birimi bulunmaktadır.

### Sonuç

Belediyeler başta olmak üzere ilgili sektörlerle işbirliği artırılmalıdır. "Aktif yaşlanma" konusunda toplum bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Yaşlılara sunulacak hizmetlerde görev almak üzere yeterli sayıda ve uygun nitelikte personel yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi (yaşlı bakım personeli) konusunda gereken önem verilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Yaşlı sağlığı, yaşlı bakımı

- Uzm. Dr. Nazan Yardım, Sağlık Bakanlığı - nazan.yardim@saglik.gov.tr
- Uzm. Dr. Serap Ç. Çoban, Sağlık Bakanlığı - serap.coban@saglik.gov.tr
- Nevin Çobanoğlu, Sağlık Bakanlığı - nevin.cobanoglu@saglik.gov.tr

**YAŞLI BİREYLERE VERİLEN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ İLAÇ EĞİTİMİNİN İLAÇ YÖNETİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ****R. HACİHASANOĞLU, A. YILDIRIM, P. KARAKURT****Giriş ve Amaç**

Yaşlı bireylerde çoğul hastalık olasılığının artması ve değişik tedavilerin birlikte kullanılması, hastanın duyu fonksiyonlarından ileri yaşla birlikte azalma olması gibi durumlar nedeniyle yanlış miktarda veya aralıklarla ilaç kullanımı olabilmektedir. Ayrıca kombine ilaç kullanımı en fazla olan grup olmaları nedeniyle de istenmeyen etkiler de daha fazla görülmektedir. Bu araştırma yaşlı bireylerin reçete edilen ilaçlarını kullanmada sahip oldukları bilgi düzeylerini saptamak ve uygulanan ilaç eğitim programının ilaç bilgi düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma öntest-sontest yarı deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Erzincan ilinde bulunan 1 ve 3 nolu sağlık ocaklarına şubat-mayıs 2008 tarihleri arasında başvuran, en az bir kronik hastalığı bulunan ve sürekli ilaç kullanmakta olan 65 yaş ve üzeri 40 yaşlı birey oluşturmuştur. Her yaşlı birey için kullandıkları ilaçlara ilişkin bireyselleştirilmiş ilaç eğitim kartları bilgisayarda hazırlanmış ve bu kartlarda bulunan ilaç adı, almış dozu, kullanım amacı, yan etkileri, saklama koşulları ve ilaç alma ile ilgili konular hakkında araştırmacılar tarafından yüz yüze eğitim verilmiş, eğitim sonrasında bu ilaç kartları hastada bırakılmıştır. Eğitimden önce ve sonra hastaların ilaç bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Yaşlıların %38,8'inin hipertansiyon hastalığına sahip olduğu ve kullanılan ilaçlar içinde %24,6 oranında en fazla anhipertansif ilaç tüketildiği saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş ilaç eğitimi programı öntest (28,45) ve sontest (38,80) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Sonuç**

Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda; yaşlıların bireysel ilaç yönetimlerinde başarı kazanmalarında hemşire yönetimli ilaç eğitim programlarının uygulanmasının büyük yarar sağladığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Bireyselleştirilmiş İlaç Eğitimi, Yaşlı, Hemşirelik

• Yrd. Doç. Dr. Rabia Hacıhasanoğlu, Erzincan Üniversitesi - rabia\_hhoglu@hotmail.com

• Yrd. Doç. Dr. Arzu Yıldırım, Erzincan Üniversitesi - arzuyildirim\_25@hotmail.com

• Arş. Gör. Dr. Papatya Karakurt, Erzincan Üniversitesi - papatyademirci@hotmail.com

**YAŞLI BAKIMI VERENLERDE ÖZ YETERLİK: GENEL SAĞLIK VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ****Nilgün ÖZÇAKAR, Mehtap KARTAL, Nil TEKİN****Giriş ve Amaç**

Tüm dünyada yaşlı nüfus oranının artmasıyla gündeme gelen yaşlıların uzun süreli bakım gereksinimi huzureverlerini ön plana çıkarmıştır. Yaşlılara hizmet sunular ve bakım hizmetlerindeki yeterliliğin, yaşlı bakımının planlanması ve uygun şekilde sürdürülebilmesindeki önemi de giderek artmaktadır. Yaşlıların fiziksel ve ruhsal durumuyla birlikte bakım verenin başarılı olamama korkusu, bilgi eksikliği, beklentileri, fiziksel ve psikolojik sağlığının bozulması gibi değişkenler bu hizmet sunumunda rol oynayabilir. Bu çalışmada bir kamu dinlenme ve bakımevindeki sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleriyle birlikte genel sağlık durumu, öz yeterlikleri ile depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel ve tanımlayıcı olan çalışmamızda yaşlılara yönelik bir kamu dinlenme ve bakımevinde çalışan ve çalışmamıza katılmayı kabul edenlerle yüz yüze görüşme yapılarak sosyodemografik özellikleri, çalışma süreleri, eğitim durumlarını belirlemeye yönelik bir anket ile öz yeterlik ölçeği (Sherer ve ark.1982), genel sağlık anketi (GSA) (Goldberg ve ark.1992) ve Beck depresyon envanteri (Beck ve ark. 1961) uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 11.0 paket programında t testi ve ANOVA ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan 106 huzurevi çalışanın % 85,8'si kadın olup yaş ortalaması 31,4±8,7 (20-54) bulunmuştur. Evliler (%57,5) ve yaşlı bakıcılar (%46,2) çoğunluğu oluşturmaktadır. %34,9'u ortaokul/lise, %22,6'sı meslek okulunun mezunudur. Yaşlı bakımı ile ilgili çalışma süresi ortalama 3,3±2,5 (1-13) yıl olup, %80,3'ü mesleki eğitim aldığını, % 80,2'si mesleki eğitimi gerekli bulunduğunu belirtmiştir. Çalışanların çoğunun günlük çalışma süresi sekiz saatin üzerindedir (%78,3). Öz yeterlik ölçeği ortalaması 95,5±12,8; GSA ortalaması 0,7±1,3; Beck depresyon ortalama puanı 25,1±6,1 bulunmuştur. Erkeklerin özyeterlik ve GSA puanları kadınlardan yüksek ancak fark anlamlı değildir. Buna karşın kadınların depresyon puanları (p=0,047) anlamlı yüksektir. Eğitim düzeyi düşük olanların özyeterlikleri düşük (p=0,012), depresyon puanları (p=0,043) yüksek bulunmuştur. İşleriyle ilgili eğitim alanların tüm puanları eğitim almayanlara göre anlamlı olmasa da yüksektir.

**Sonuç**

Yaşlılara bakım verenlerin çoğu işiyle ilgili eğitilmiş olup özyeterlik düzeyleri yüksektir. Kadınların ve eğitim düzeyi düşük olanların eğitim ve psikolojik açıdan desteklenmesi yaşlı bakımında sunulan hizmetin etkin biçimde sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Yaşlı bakımı, Huzurevi, Özyeterlik

- Yrd. Doç. Dr. Nilgün Özçakar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı - nilgunozcakar@gmail.com
- Öğr. Gör. Dr. Mehtap Kartal, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı - mehtapkartal@gmail.com
- Uzm. Dr. Nil Tekin, T.C. Emekli Sandığı İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi - ntekin@yahoo.com



## “ULUSAL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ENSTİTÜSÜ” GEREKSİNİMİ

### Ahmet SALTİK

#### **Giriş ve Amaç**

Cumhuriyet'in ilanından hemen önce TBMM, çalışanların sağlık ve güvenliği hakkında başlangıç düzenlemeleri yapmıştır. Büyük Atatürk döneminde, ILO'ya üyelikle birlikte (1936) ilk İş Yasası çıkarılmıştır. Bu İş Yasası 1936, 1971 ve 2003 değişiklikleriyle 4857 sayılı yasayla günümüze gelmiştir. Mevzuat düzenlemeleriyle birlikte kurumlaşma da sağlanmıştır. 1963'te Çalışma Bakanlığı'nın kurulması, Devrim niteliğindedir. Anayasal düzlemde de temel kurallar konmuştur. 1982 Anayasamız, madde 50 ve 56'da ulusal mevzuat düzenlemelerine temel oluşturmaktadır. Ülkemizde çalışanların sağlık ve güvenliği oldukça parçalı bir yapı göstermektedir. Üniversitelerin Tıp-Sağlık, Mühendislik, İktisat, Hukuk fakültelerinde araştırma-inceleme raporları üretilmiştir. Değişik düzeylerde insangücü sektöre kazandırılmıştır. Çalışma Bakanlığı (ÇASGEM ve İSGÜM..), işçi ve işveren sendikaları, meslek kuruluşları (TTB, TMMOB) ciddi katkı sağlamıştır. Ancak, iş sağlığı-güvenliğinde alınması gereken çok yol vardır. İş kazaları ve meslek hastalıkları göstergeleri iyileştirilmelidir. Değişik ülkelerde farklı kurumlaşmalar izlenmektedir. Ancak, 1919'dan bu yana ILO'nun ve 1947'den bu yana da ek olarak DSÖ'nün, uluslararası sendikacılık hareketlerinin girişimleri ile çok yol alınmıştır. Gene de küresel ölçekte çalışanların sağlık-güvenlik sorunları önemini korumaktadır. Bu sorun alanında ilerleme sağlayan, İngiltere ve ABD'de, pek çok ülkesinde Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüleri kurulmuştur. Bu çalışmanın amacı ilgili bürokratik, özerk-akademik, yapılanmaları inceleyerek, ülkemiz için yeni bir örgütlenme modeli önerilmesidir. Türkiye'nin en temel evrensel 2 gösterge iş kazaları ve meslek hastalıkları bakımından, 27 AB ülkesi içinde sonuncu olması hakedilmeyen, eldeki olanaklarla daha ötesinin başarabileceği göstergelerdir.

#### **Gereç ve Yöntem**

Bellibaşlı ülkelerde örgütlenme ve kurumsal yapı-işleyiş incelenmiştir. ILO Sözleşmeleri ve çok sayıdaki Tavsiye Kararları çok yol göstericidir. ABD'de kurulu NIOSH (Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü) ile Avrupa İş Güvenliği ve Sağlığı Ajansı yapısal ve işleyiş olarak ayrıntılı incelemeye değer görülmektedir.

#### **Bulgular**

Olası örnekler karşılaştırmalı olarak irdelenmiştir. Olumlu-olumsuz yanları, Türkiye'nin özgün koşulları da dikkate alınarak değerlendirilmiş ve bulgular literatür, deneyimler ışığında irdelenmiştir. Küresel gelirin % 4'ü işle ilgili morbidite-mortalite ve geçici-sürekli iş göremezlik yüzünden tüketilmektedir (J. Takala, 2005). 2007'de 54.5 trilyon \$ olan küresel gelirin 2.2 trilyon \$ gibi muazzam bir payı, işle ilgili morbidite-mortalite ve geçici-sürekli iş göremezlik yüzünden tüketilmiştir. Bu ülküttü veriler, Türkiye'ye uyarlanırsa, 2007'de 659 milyar \$ olan GSMH'nin % 4'ünün 26.4 milyar \$ gibi inanılmaz bir boyuta erişebileceği görülür. Türkiye'nin bu alanda da kaynaklarını en üst verimlilikle kullanması gereği, tartışma dışıdır ve daha işlevsel bir yapılanma ile ciddi kaynak tasarrufu sağlanabilir. Eldeki verilerle Türkiye iş kazalarında Avrupa'da 1., Dünyada 7. sıradadır!

#### **Sonuç**

“Özerk bir bilimsel-yönetmel yapılanma” olarak “Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü” gereksinimi ortadadır. Bu Enstitü bilimsel olarak özgür, yönetmel ve akçalı bakımdan özerk ve katma bütçeli olmalıdır. Sosyal taraflar “Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü”nde demokratik biçimde temsil edilmelidir. Kuruluş ve çalışma ilke ve yöntemlerine ilişkin yasa taslağı, kamuoyu ve sosyal taraflarca olgunlaştırıldıktan sonra yasalaşmalıdır. Enstitü Ankara merkezlidir ve bölgesel örgütlenmeye gitmesi uygundur. “Türkiye Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü” ikilenmelere yol açmayacak, yetki-sorumluluk alanları çatışması yaratmayacaktır. Öncelikli hedefleri çalışanların, Başta Anayasamızın 56. maddesi, iç ve dış hukuktan kaynaklanan tartışmasız temel hakkı olan sağlıklı-güvenli çalışma ortamı hakkının sağlanması, 2 temel gösterge iş kazaları-meslek hastalıkları verilerinin güvenli toplanması ve çok daha aşağılara çekilmesidir. Küresel rekabetin ağır koşullarında, Anayasada yer alan (md. 56) anlatımıyla “madde ve insangücünde tasarruf..” vazgeçilmez bir hedef olarak karşımızdadır.

#### **Anahtar Kelimeler**

İş Sağlığı-Güvenliği, Ulusal Enstitü, İş Kazaları, Meslek Hastalıkları, Örgütlenme

• Prof. Dr. Ahmet SALTİK, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - profsaltik@gmail.com

## ADANA İLİNDE 7-15 YAŞ ÇOCUĞUNU ÇALIŞTIRAN EBEVEYNLERİN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

F. TANIR, Z. SÜTOLUK, O. E. ÖZDENER, M. AKBABA

### Giriş ve Amaç

ILO tarafından Türkiye’de en kötü durumdaki çocuk işçiliğinin mevsimlik tarım, küçük ölçekli sanayi ve sokakta çalışan çocuklar olduğu saptanmıştır. Araştırmamız, Adana ilinde 2007 yılında bu üç kesimde çalışan çocukların ebeveynlerinin demografik ve sağlık özelliklerini değerlendirerek suretiyle çocuk işçiliğinin nedenlerini ve sonuçlarını paylaşmak amacıyla planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Adana’da 2007 yılında, TİSK ve Türk-İş Adana Bölge temsilcilikleri, Mobilyacılar Odası, Mevsimlik Tarım Birliği ve Sokak Çocukları Derneği ile ortak olarak belirlenen ve en kötü durumda çalışan 360 çocuktan araştırmamıza katılan ve öz bildirimleriyle kayıt edilen 79 ebeveyn çalışmamıza alınmıştır. Ebeveynlerin sağlık muayeneleri yapılmış, eğitimler verilmiş ve sosyal destekler sağlanmış, öz bildirim kayıtları ve muayene bulguları SPSS programında değerlendirilerek sunulmuştur. Çalışmamız tanımlayıcı, nitelikselidir.

### Bulgular

Araştırmamıza katılan 79 ebeveynin 17’si (%21.5) erkek, 62’si (%78.5) kadındı. Kadınların erkeklerden fazla olması, erkeklerin görüşmekten kaçınması ve çocukların anneleri ile görüşmelere katılmasından kaynaklandı. Yaş ortalamaları: 38.9 ± 8.9 (min:20, max: 76) ve median:37 idi. 44’ü(%55.7) ev hanımı, 26’sı (%32.9) işçi idi. 47’sinin (%59.5) sosyal güvencesi Yeşil Kart, 26’sının (%32.9) ise hiçbir sosyal güvencesi yoktu. Ev Halkı Sayısı: 7.7 ± 2.6 (min:2, max:14) ve median:7 idi. Ailelerin aylık gelir ortalaması: 343.9 ± 213.3 (min:100, max: 1.000) YTL olarak belirtildi. Bu gelir düzeyi sadece yoksulluk değil aileler için açlık sınırının altıydı. Özgeçmişlerinde 11’inin (%13.9) operasyon öyküsü, 17’sinde (%21.5) düzenli sigara kullanma alışkanlığı, 122’sinin (%15.2) soy geçmişinde Hipertansiyon ve/veya D.Mellitus vardı. Ebeveynlerden 67’sinin (%84.5) tedavi edilmesi gereken en az bir sağlık sorunu bulunmaktaydı. En sık görülen hastalıkları: 41’inde(%51.9) diş patolojisi, 14’ünde(%17.2) kırma kusuru ve 13’ünde (%16.5) Hipertansiyon idi. Çocuklarını çalıştırma nedeni olarak 75’i (%94.9) ailedeki ekonomik yetersizliği belirtmişlerdi. Böylece ekonomik yetersizlik (babasının ve/veya annenin yeterli ve düzenli işinin olamaması)çocuklarını çalıştıran aileler açısından en önemli neden olmaktadır.

### Sonuç

Yasal zorunluluk ve ailelerinin istememelerine rağmen, çalışma çağındaki bu genç ebeveynler, 7-15 yaş arası çocuklarını eğitime göndermek yerine çalıştırmakta veya eğitim yanında en kötü durumdaki çocuk işçiler olarak çalışmaya zorlanmaktadırlar. Bu zorlamada; başta ebeveynlerin düzenli sürekli ve iyi gelirli işe sahip olmamalarından kaynaklanan ekonomik zorluklar, iş bulamama, sosyal güvencelerinin olmaması ve kalabalık aile yapısı gibi nedenler olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda çalışmak zorunda kalan çocuklarda eğitim dışında kalma, kesintili eğitim ile yetersizlik ve çalışma yaşamının ağır koşulları ile ortaya çıkan sağlık sorunları görülmektedir. Söz konusu toplumsal sorunlar giderilmedikçe en kötü durumdaki çocuk işçiliği ülkemizde azalsa da birçok ailenin sorunu olmaya devam edecektir.

### Anahtar Kelimeler

Çocuk işçi, ebeveyn, yoksulluk, işsizlik, sosyal güvence

◦ Doç. Dr. Ferdi TANIR, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ADANA - ftanir@cu.edu.tr

◦ Uzm. Dr. Zeynel SÜTOLUK, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ADANA - zsutoluk@cu.edu.tr

◦ Arş. Gör. Dr. Olga EKER ÖZDENER, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ADANA - oeker@cu.edu.tr

◦ Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ADANA - akbaba@cu.edu.tr

## ANKARA İLİ MERKEZİNDE 5727 SAYILI YASA TASARISI'NDAN ETKİLENECEK OLAN İŞYERİ SAHİPLERİ VE ÇALIŞANLARININ YASA TASARISI HAKKINDAKİ BİLGİ VE YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

H. ÖZCEBE, B. KAPLAN, Ö. DİKMETAŞ, A. EFENDİOĞLU, Ş. G. FATİHOĞLU, M. B. GÖKLÜ

### Giriş ve Amaç

Bu çalışmanın amacı 5727 Sayılı Yasa Tasarısı'ndan etkilenecek olan işyeri sahibi ve çalışanlara, yasa değişikliği yapılmadan önce yasa tasarısı hakkındaki bilgi, görüş ve yaklaşımlarını tespit etmektir.

### Gereç ve Yöntem

Ankara İli Merkez Keçiören İlçesi'nde bulunan ve 5727 Sayılı Yasa Tasarısı'ndan etkilenecek olan 81 işyeri (pastane-önlük lokanta, market-mandıra, berber-kuaför, internet kafe, pastane-fırın-kafe, taksi, kahvehane) sahipleri ve çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmamızda kişi, işyeri, yeri yasa ile pasif sigara dumanı etkilenimi ana konuları hakkında değişkenler kullanılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak beş bölümden oluşan çalışma formu kullanılmıştır. Veri analizi SPSS - 5.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Sosyodemografik özelliklerden bazılarını bakıldığında; çalışanların %72.3'ü erkek, %27.7'si kadındır. Yaş grubunda en büyük yüzdeyi %32.6 ile 25-34 yaş grubu oluşturmaktadır. Katılımcıların %69.4'ü fise ve üstü öğrenimi durumunda bulunmaktadır. Sigara kullanımıyla ilgili müşterilerden tepki alıp almadığına bakıldığında görüşülenlerin %57.4'ünün müşterilerden tepki almamış, geri kalan %42.6'sının ise tepki almış oldukları görülmektedir.

Katılımcıların %82.7'lik büyük kısmı "Yasanın kabul edilmesini isterim." şeklinde görüş bildirmiştir. İşyerinde sigara kullanan katılımcıların %49.2'si ortamda kullanmayan kişiler varlığında izin alarak kullanacağını, %39.0'ı ise kesinlikle kullanmayacağını belirtmiştir.

Yasa değişikliğiyle sağlık merkezi ve eczanelerin büyük çoğunluğu (%76.9) müşteri sayısının değişmeyeceğini düşünenken lokanta ve pastanelerin %29.7'lik kısmı müşteri sayılarının yeni yasayla azalacağını düşünmektedir.

Görüşme yapılan işyeri sahipleri ve çalışanların %50.4'ünün 5727 Sayılı Yasa Tasarısı'ndan haberdar olduğu görülmektedir.

### Sonuç

Katılımcıların 5727 Sayılı Yasa Tasarısı'ndan haberdar oldukları ancak yeni yasanın uygulanabilirliği konusunda endişelerinin olduğu saptanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Tütün, Pasif Etkilenim, 5727 Sayılı Yasa Tasarısı, Türkiye.

- Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - hozcebe@hacettepe.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Bekir KAPLAN, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - bekapan@hacettepe.edu.tr
- Özlem DİKMETAŞ, HÜTF Halk Sağlığı
- Ayça EFENDİOĞLU, HÜTF Halk Sağlığı
- Şefik Görkem FATİHOĞLU, HÜTF Halk Sağlığı
- Mehmet Rifat GÖKLÜ, HÜTF Halk Sağlığı

**ANKARA'DA ÇALIŞAN TRAFİK POLİSLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE ÇALIŞMA KOŞULLARI VE BU KOŞULLARA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ****Ahmet ÇEVİK, Mustafa N. İLHAN, M. Ali BUMİN****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada Ankara'da çalışan trafik polislerinin bazı özellikleri ile çalışma koşulları ve bu koşullara ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evreni Ankara Emniyet Müdürlüğünde trafikle ilgili üç bölümde çalışan trafik polisleridir. Araştırma, her üç birimde çalışan personelden basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen %25'lik bir bölüme uygulanmıştır (243 kişi).

**Bulgular**

Katılımcıların; %85.2'si erkek, %74.4'ü 40 yaşından küçüktür, %81.0'i evli, % 83.9'u ortaöğretim mezunudur. %45.3'ü 10 yıldan daha uzun süredir bu mesleği yapmaktadır. %29.2'si günde 12 saat ve üstünde, %51.5'i vardiyalı çalışmaktadır. %78.3'ü yaptıkları işin sağlıklarını olumsuz etkilediğini düşünmektedir. 40 yaş ve üzerinde olanlar işlerini daha fazla tatmin edici, daha az sıkıcı, daha az rahatsız bulmaktadır. Kadınlar işlerini daha monoton, sıkıcı, erkekler saygın ve yararlı bulmaktadır. 10 yıldan daha fazla süredir çalışanlar işlerini daha fazla tatmin edici, saygın ve zevkli bulmaktadır. Vardiyalı çalışanlar işlerini daha tatmin edici bulmaktadır.

**Sonuç**

Çalışma üzerinde çok çalışılmayan bir meslek grubunda yapılarak bu grubun özellikleri ve çalışma koşullarının belirlenmesinde kolaylaştırıcı olmayı amaçlamaktadır. Benzeri ve üzerinde pek çalışılmayan meslek gruplarında yapılacak çalışmalar, grupların özelliklerinin ve çalışma koşullarının belirlenmesini sağlayarak çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla bu koşulların düzenlenmesini sağlayabilecektir.

**Anahtar Kelimeler**

Trafik Polisi, Çalışma Koşulları, Vardiyalı çalışma

- Ahmet Çevik, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Mustafa N. İlhan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D. - mnilhan@azi.edu.tr
- Prof. Dr. M. Ali Bumin, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.

**BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN İŞÇİLERİN İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****G. URAL, O. CEYHAN, S. KAHRAMAN****Giriş ve Amaç**

İş doyumunu her meslekte önemlidir. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, bu yüzden çok dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle, sağlık alanında çalışanlarda iş doyumunun daha da önemli olduğu açıktır. Çünkü meslek mensuplarının verebildikleri en iyi bakımı sağlamaları gerekmektedir. Hastane personelinin büyük bir bölümünü oluşturan ve günün 24 saati hizmet veren sağlık hizmetinin vazgeçilmez unsuru olan hastane bünyesinde çalışanlarda iş doyumunun büyük önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan işçilerin iş doyumunu düzeylerinin belirlenmesi, iş doyumunu düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan işçiler araştırmanın evrenini oluşturmuş, örnekleme yapılmıştır. Araştırma bölgesindeki 1244 işçi ile ilgili veriler değerlendirilmiştir. Araştırma verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. İstatistiksel Analizde Grupların karşılaştırılması için unpaired t testi ve tek yönlü ANOVA testi, post ANOVA test olarak Tukey-HSD testi kullanılmıştır. Genel doyum puanı ile alt ölçeklerin puanları arasında ve alt ölçeklerin kendi aralarındaki ilişkileri değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.  $p < 0.05$  değerleri önemli kabul edilmiştir.

**Bulgular**

Araştırma grubundaki işçilerin genel iş doyum puanı  $43.6 \pm 12.5$  olarak düşük bulunmuştur. İşçilerin ücret boyutunda en düşük, ekip boyutunda en yüksek doyumda oldukları belirlenmiştir. 36-40 yaş arasında olan işçilerin genel iş doyumunu 49.9, 16-20 yıl hizmet süresi olan işçilerde 49.4 olarak bulunmuştur. Servislerde ve idari birimlerde çalışanlarda doyum düzeyi düşük bulunurken, gece nöbeti tutmayanlar ile hafta sonu çalışmayanlarda doyum düzeyi daha yüksek bulunmuştur. İşçilerin yaş, birlikte yaşadıkları kişiler ve yer, çocuk sahibi olma, çocuk bakım sorunu, çalıştıkları kurum ve birimler, toplam hizmet süreleri, şuan bulunduğu kurumda çalışma süreleri, çalışma biçimleri, görevleri, çalışma düzenleri, gece nöbeti, hafta sonu çalışma, haftalık çalışma süresi, meslek seçimi, mesleki görüş ve sağlık durumu ve algıları iş doyumunu üzerinde etkili değişkenler olarak belirlenmiştir.

**Sonuç**

Sonuç olarak Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan işçilerin iş doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

İşçi, İş Doyumu, Sağlık Kuruluşu

- Dr. Gürkan URAL, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - gurkanural@yahoo.com
- Prof. Dr. Osman CEYHAN, T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Kayseri - oseey@erciyes.edu.tr
- Seval KAHRAMAN, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - paramedikseval@hotmail.com

## BALIKESİR SANAYİ SİTESİNDEKİ ÇIRAKLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

**Özcan ÖZENC, Meltem ÇOLAK, Özkan ÖZENC, İmran AKYÜZ**

### Giriş ve Amaç

Gelişme çağındaki milyonlarca çocuk uygun olmayan koşullarda çalıştırılarak istismar edilmektedir. Bu çalışma, çalışan çocukların sosyodemografik özelliklerini ve çalışma yaşamına ilişkin bilgilerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Nisan 2006-Mayıs 2006 Tarihleri arasında yapılan kesitsel tipteki bu çalışmaya, Balıkesir İli sanayi sitesindeki 110 işyerindeki 101 çırak alınmıştır. Çalışan çocukların toplam sayısı bilinmemektedir. Yapılan ön görüşmede, 101 çocuk çalışmaya katılmak istemiştir. Veriler anket formu ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Toplanan veriler SPSS 10.0 ile analiz edilmiştir.

### Bulgular

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin yaş ortalaması  $16.9 \pm 1.5$  yıl olup, %53.2'si ilkokul mezunudur. Çalışmaya katılanların(%81.0)'i çekirdek aile, (%19.0)'ı geniş aile yapısına sahip olup, ortalama kişi sayısı çekirdek aile ve geniş ailelerde sırasıyla  $5.3 \pm 1.3$  kişi ve  $7.4 \pm 2.1$  kişi olarak bulunmuştur.

Çırakların kendileri de dahil olduğunda, ortalama  $4.0 \pm 1.5$  kardeş oldukları ve ailenin ortalama  $2.6 \pm 1.6$  ncı çocuğu oldukları bulunmuştur .

Çalışmada çırakların ailelerinde kendilerinden başka çalışan kişi ve çalışan kardeş ortalaması sırasıyla  $1.8 \pm 1.1$  kişi ve  $1.7 \pm 0.9$  kişi olarak bulunmuştur. Çalışan (%71.7) kardeşin, (%58.9)'ü aynı iş kolu ama başka işyerinde, (%35.7)'sı aynı iş kolunda ve aynı iş yerinde, (%5.4)'u ise başka iş kolunda çalışmaktadır.

Çalışmaya başlama yaşı ve toplam çalışma süresi ortalaması sırasıyla  $13.3 \pm 1.6$  ve  $3.7 \pm 1.9$  yıldır. Çırakların %62.5'inin asgari ücretten daha düşük, %13.6'sının ise ücret almadan çalıştıkları; okula geldikleri gün hariç olmak üzere haftada ortalama  $5.7 \pm 0.6$  gün, günde ise  $11.0 \pm 1.9$  saat çalıştıkları saptanmıştır. Çırakların %62.9'u ara sıra, %8.9'u da sürekli fazla mesai yaparken, bunların ancak %24.1'i fazla mesai için ek ücret aldıklarını, %32.9'u halen sigara içtiğini ve %10.0'u da alkol kullandığını belirtmiştir.

### Sonuç

Çalışan çocukların çalışma nedenleri, sorunları ve çözüm yolları çok boyutludur. Bu nedenle devlet başta olmak üzere, işverenlere, kitle örgütleri ve meslek kuruluşlarına, ailelere ve çocukların kendilerine görevler düştüğünü gösterir niteliktedir

### Anahtar Kelimeler

Çırak, Sosyodemografik Özellikler, Çalışma Koşulları

- Öğr. Gör. Özcan Özenç, Balıkesir Üniversitesi - ozenc@balikesir.edu.tr
- Meltem Çolak, Balıkesir Üniversitesi
- Özkan Özenç, Doğu Akdeniz Üniversitesi
- İmran Akyüz, Balıkesir Üniversitesi

**BERBER VE KUAFÖRLERİN MESLEKİ SAĞLIK RİSKLERİ: İZMİR ÖRNEĞİ**

**Aliye MANDIRACIOĞLU, Şükran KÖSE, Ayhan GÖZAYDIN, Melda TÜRKEN, Lütfiye KUZUCU**

**Giriş ve Amaç**

Kuaför ve berberlerin fiziksel, biyolojik ve kimyasal etkenlere maruziyet, çalışma esnasında kötü postür, eklemlere mekanik yüklenme, uzun süre ayakta kalma, uzun çalışma saatleri, öğünlerin atlanması, iş molası verilememesi, iç ortam hava kirliliği gibi farklı mesleki sağlık riskleri mevcuttur. Çalışmanın amacı, berber ve kuaförlerde öz bildirimleri ile mesleki sağlık risklerinin ve sağlık yakınmalarının saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu kesitsel çalışma, İzmir ilinin 5 metropol ilçesinde bulunan berber, kuaför ve güzellik salonları çalışma kapsamına alınarak, 2006 yılında gerçekleştirilmiştir. Üç yüz işyerinden 1284 kişi çalışmaya katılmıştır. Öz-bildirim ile demografik ve çalışma bilgileri, işyeri koşulları, mesleki uygulamaları, kullandıkları maddeler, koruyucu kullanımı, kas iskelet ve alerjik semptomların varlığı araştırılmıştır.

**Bulgular**

Ortalama yaşları  $29,44 \pm 10,28$ , % 59,9'u erkek, % 40,8'i ilkökul ve altı eğitim düzeyindedir. Çalışanların % 7,5'i son 1 ay içinde kaza geçirmiştir. Sadece % 41,2'i her işlemde eldiven giydiğini ve % 15,2'i koruyucu elbise kullandığını belirtmiştir. Kuru hava sterilizasyonu uygulayan % 4,4 ve müşterinin kendi manikür aletlerinin kullanımı ise % 3,4 olarak belirlenmiştir. Kimyasal madde içeren malzemelerden en fazla kullanılanlar: saç boyası, sprey, saç jölesi, saç kremi, şampuan, saç rengi açıcı, perma malzemesidir. Katılımcıların % 58,8'i baş ağrısı, % 15,5'i varis, % 1,1'i mantar enfeksiyonu, % 32,1'i kas iskelet yakınması, % 35'i alerjik yakınma belirtmiş. Daha yaşlı çalışanlarda, kadınlarda ve sigara içenlerde yakınma sıklığı daha fazla saptanmıştır. Alerji yakınmalarının sıklığı, eldiven ve koruyucu elbise kullanımı ve iç ortam havalandırması ile ilişkili bulunmuştur.

**Sonuç**

Erkek ve kadın kuaförlerinin kendi mesleki sağlık risklerine yönelik yeterli korunma sağlayamadıkları anlaşılmıştır. Bu meslek grubuna yönelik mesleki sağlık risklerine karşı korunabilmeleri için özel rehberler hazırlanmalı, bu konuda çalışanlar çiraklıktan itibaren eğitilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Berber, mesleki riskler, kimyasallar, kanla bulaşan hastalıklar, kas iskelet rahatsızlıkları.

- Prof. Dr. ALİYE MANDIRACIOĞLU, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı - aliye.mandiracioglu@ege.edu.tr
- Doç. Dr. ŞÜKRAN KÖSE, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji - sukrankose@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. AYHAN GÖZAYDIN, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji - ayhan.gozaydin@gmail.com
- Arş. Gör. Dr. MELDA TÜRKEN, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji - melderurken@yahoo.com

## BİR HASTANEDE KURULACAK İş KAZASI KAYIT SİSTEMİYLE İLGİLİ OLARAK TÜM TARAFLARIN GÖRÜşLERİ

**A. DAVAS, F. AKSU**

### Giriş ve Amaç

Bu araştırmada bir eğitim hastanesinde kurulacak bir iş kazası bildirim sisteminin tüm taraflarının iş kazalarıyla ilgili bilgi, tecrübe ve uygulamalarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte bir araştırma değildir. Derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır . 10 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir soru formu kullanılmıştır. Hastane içinde kaza kayıt sistemi ile ilgili olarak sorumlu olan tüm birimlerden konuyla ilgili olan ve sistemi aktif kullanacak kişiler görüşme için seçilmiştir. Halk Sağlığı A.D.' dan hastane kayıtlarıyla ilgili çalışan bir öğretim üyesi, bir başhemşire yardımcısı, iki başhekim yardımcısı, istatistik birimi yöneticisi, hastane müdürlüğü'nden bir müdür yardımcısı, SSK Bölge Müdürlüğü'nden 15 sene başmüfettişlik yapmış bir iş müfettişi, sendika'dan temsilcilik yapmış bir hemşire ve kayıt sisteminin yürütüleceği beş kliniğin başhemşireleri olmak üzere toplam 12 kişi ile görüşülmüştür. .Tek bir görüşmecii tarafından yapılan görüşmeler 35-60 dakika arasında sürmüştür. Görüşmeler bireyin çalıştığı ortamda, teybe kaydedilmiş, Tüm veriler yapılandırılmış forma göre ilk önce kodlanmış sonra da temalar belirlenmiştir. Betimleyici düzeyde bir analiz uygulanmıştır.

### Bulgular

İş kazalarıyla ilgili olarak hastane yönetiminin ve hemşirelerin bilgi eksikliğinin eğitimle kapatılması gerekliliği, iş kazası sıklığının hastanede bilinmediği, bu konuyla ilgili kurumsal düzeyde bir uygulama olmadığı için hemşirelerin sorunları kendi başlarına çözmeye alışkanlıkları olduğu ortaya çıkmıştır. Hastane içinde konunun tarafı olabilecek birimler böyle iş kazalarının kaydını kendileri için yararlı olacağını düşünmektedir. Ama yönetimin iş kazalarıyla ilgili sorumluluk alma konusundaki tereddütü olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcılar böyle bir sistemin fazla iş yükü getirmemesi konusunun üzerinde durmuşlardır. Önlem almayı kolaylaştıracak standart bir form aracılığıyla iş kazası bildirimlerinin yapılabileceğini fakat bu formun çok fazla bilgi sorgulamaması gerektiğini düşünmektedirler. Hastanede personel sıkıntısı olduğu için bu iş için çok fazla kişinin çalışamayacağını vurgulanmıştır. Başhemşireliğin merkezi bir rol üstlendiği bir sistemin uygulamayı kolaylaştıracakı fakat özellikle sözleşmeli çalışanların bildirimden çekinebileceği bu nedenle ek bir bildirim kutusunun bunu engelleyebileceği görüşü ortaya çıkmıştır.

### Sonuç

Bu araştırma, yönetimin ve hemşirelerin yürütülecek kayıt sistemine daha oluşum aşamasından dahil olmaları sağlamış, eğitim ihtiyacı, sisteme bildirim kutularının eklenmesi gibi pratik yararlar sağladığı gibi kayıt sisteminin aktif kullanılmasını arttırmış ve alınması gereken önlemler konusunda işbirliğini kolaylaştırmıştır.

### Anahtar Kelimeler

İş kazası, kaza kaydı

- Dr. H. ASLI DAVAS AKSAN, EGE ÜTF HALK SAğLIğI A.D. - asli.davas@ege.edu.tr
- Prof. Dr. FERİDE AKSU, EGE ÜTF HALK SAğLIğI A.D. - feride.aksu@ege.edu.tr



**BİR SAĞLIK MESLEK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMALARI SIRASINDA GEÇİRDİKLERİ YARALANMALAR VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Gülsevin TOPBAŞI, Mustafa N. İLHAN, Remzi AYGÜN

**Giriş ve Amaç**

Bir sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerin meslek dersleri uygulamaları sırasında karşılaştıkları yaralanmaların sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma Mayıs 2007'de, GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulunda eğitim alan 230 öğrenciye uygulanmıştır. Kesitsel tipte olan araştırmada öğrencilerin tamamına ulaşılmıştır. Öğrencilerin yaralanma özelliklerini sorgulayan anket ve kaygı düzeylerini sorgulayan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ve yüzde dağılım olarak sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi ve t- testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Meslek dersleri uygulaması sırasında öğrencilerin %23,9'u yaralanma geçirmiştir. %87,3'ü 9:00 ve 12:00 saatleri arasında uygulama yaparken yaralanmıştır. %32,7'si acil kliniğinde yaralanırken: %51,4'ü acele hareket etmek nedeniyle, %49,1'i ampul kırarken yaralandığını belirtmiştir. Öğrencilerin %78,7'si acil bakım teknikerliği mesleğini stresli bulmaktadır. Yaralanma ile iletişim sorunu yaşanma durumu arasında anlamlı düzeyde istatistiksel farklılık saptanmıştır. yaralananların sürekli kaygı seviyesi daha yüksektir, yaralanma durumunun sınıflara göre dağılımında istatistiksel farklılık saptanmıştır, alt sınıftakiler daha fazla yaralanmaktadır.

**Sonuç**

Sağlık personeli adaylarının meslek uygulamalarını öğrenirken/yaparken yaralanmalarını ve iş kazaları ile olası meslek hastalıklarını engellemek için eğitim programlarına etkenlere yönelik yaralanmadan korunma konularının alınması meslek yaşamında risklerden korunmalarını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Sağlık Çalışanı, Çalışma Koşulları, Yaralanma, İş Kazası

- Gülsevin TOPBAŞI, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Mustafa N. İLHAN, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D. - mnilhan@gazi.edu.tr
- Prof. Dr. Remzi AYGÜN, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.

## EDİRNE'DE BİR HAZIR GIYİM İŞLETMESİNDE GÜRÜLTÜ İÇİN 5X5 MATRİS YÖNTEMİYLE YAPILAN RİSK DEĞERLENDİRMESİ

**U. BERBEROĞLU, H. DEDELER, M. ESKİOCAK, F. YORULMAZ**

**Giriş ve Amaç:** İşyerlerinde oldukça sık karşılaşılan fiziksel risk etmenlerinin başında gelen gürültü, işitme duyasunu etkilemesinin yanında, stres, konsantrasyon eksikliği ve rahatsızlık oluşturarak, çalışanların sağlığını etkileyebilmektedir. Çalışmamızda, Edirne'de bulunan bir hazır giyim işletmesinde, fiziksel risk etmeni olan gürültünün saptanması ve risk değerlendirmesinin yapılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı, kesitseldir. Gürültü ölçümleri, CEL-480 Sound Level Meter Sonometre, CEL 284/2 akustik kalibratör ve tip 1 mikrofon kullanılarak yapılmıştır. Risk değerlendirmesi; Tehlikelerin tanımlanması, maruziyet değerlendirilmesi, doz-yanıt ilişkisinin değerlendirilmesi ve riskin karakterizasyonu aşamaları izlenerek 5x5 (L tipi) matris yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemde olayın gerçekleşme olasılığı ile gerçekleştiği takdirde oluşabilecek sonucun çarpılmasından, risk skoru elde edilmektedir.

**Bulgular:** İşletme, giriş deposu, kesimhane, dikim, ütü, leke çıkarma ve depo bölümü olmak üzere 6 bölümden oluşmaktadır. Her bölümde gürültü düzeyi ölçümünden sonra yapılan risk değerlendirmesi sonucunda; Giriş deposu ve depo bölümü, 2-6 puan alarak katlanılabilir riskli, kesimhane, dikim, ütü, leke çıkarma bölümleri ise, 15-20 puan alarak önemli düzeyde riskli bulunmuştur (Tablo 1 ve 2).

Şiddet	Çok Küçük 1	Küçük	Orta Derece 3 Düşük	Yüksek	Çok Yüksek 5
İhtimal Çok Hafif	Anlamsız	2 Düşük	3 Düşük	4 Düşük	Düşük
1 Hafif	1 Düşük	2 Düşük 4 Düşük	6 Orta	4 Orta	5 Orta
2 Orta Derecede	2 Düşük	6 Orta	9 Orta	8 Orta	10 Yüksek
3 Ciddi	3 Düşük	8 Orta	12 Yüksek	12 Yüksek	15 Yüksek
4 Çok Ciddi	4 Düşük	10	15	15 Yüksek	20 Tolere edilemez
5	5			20	25

Tablo 1: İşletme Gürültü Tablo 2 : İşletme Gürültü Riski 5x5 Skor Matrisi Ölçüm Sonuçları.

Bölüm Gürültü Ölçüm Sonucu (enaz-ençok, dBA)	Bölüm ve renkleri
Giriş deposu 60-62	Giriş deposu
Kesimhane 80-82	Kesimhane
Dikim 76-78	Dikim
Ütü 78-80	Ütü
Leke çıkarma 74-76	Leke çık.
Depo 58-60	Depo

**Sonuç:** İşyerlerinde risk değerlendirmesi, ülkemizdeki mevzuat uyarınca yapılması gereken bir uygulamadır. Değerlendirme yapılan işletmede, katlanılabilir riskli bölümler dışında; önemli düzeyde riskli bulunan bölümler öncelikli olmak üzere riskin azaltılması ve çalışanlara konuya ilişkin eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hazır giyim, Gürültü, Risk değerlendirmesi, 5x5 Matris

- Yrd. Doç. Dr. Ufuk Berberoğlu, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - uberberoglu@yahoo.com
- Arş. Gör. Hasan Dedeler, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - hasandedeler@hotmail.com
- Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - dreskiocak@hotmail.com
- Prof. Dr. Faruk Yorulmaz, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - farukyorulmaz@hotmail.com

## EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İKİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİSAYAR KULLANIMI İLE ORTAYA ÇIKAN GÖZ YAKINMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. SAKAOĞLU MANAYGAT, M. TÜRK SOYER, A. MANDIRACIOĞLU**

### Giriş ve Amaç

Bilgisayar kullanımında ortamın ergonomik olarak düzenlenmesi, bilgisayar masası ve sandalyesinin, monitörün ve klavyenin ayarlarına ve yerleşimlerine ek olarak, ışık kaynağının türü, ışığın nereden geldiği gibi aydınlatma ile ilgili özellikleri de içermektedir. Bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinin bilgisayar kullanımı ile ortaya çıkabilecek göz sağlığı sorunlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı araştırma, 2006-2007 öğretim yılında eğitim gören Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinin katılımı ile ergonomi dersi öncesi gerçekleştirilmiştir. Toplam 285 öğrenciden 279'una ulaşılmıştır. Kapalı uçlu sorulardan oluşan ve "gözlem altında yanıtama tekniği" kullanılarak uygulanan anket, demografik özellikler ve bilgisayar kullanımına ilişkin soruları, göz sağlığına ilişkin ergonomi kontrol listesini, göz ve genel yorgunluk belirtileri sorularını içermektedir. Ergonomik kontrol listesi ile göz ve genel yorgunluk belirtileri indeksi puanlanarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların % 59,9'u erkektir, % 79,9'unun kendine ait bilgisayarı vardır. % 74,9'u üç yıldan uzun zamandır bilgisayar kullanmakta olup, %71,7'si bilgisayar başında günde iki saatten az zaman geçirmektedir. Ergonomi kontrol listesi puan ortalaması 19,98 ± 3,41 (10-33), göz ve görme belirtileri puan ortalaması 13,17 ± 6,27 (0-33), genel yorgunluk belirtileri puan ortalaması 4,69 ± 1,98 (0-10) bulunmuştur. Kızlar, göz yakınmaları ve genel yorgunluk belirtileri indeksinden erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Günlük bilgisayar kullanım süresi ve kullanım yılı ile yakınmalar arasında ilişki bulunamamıştır. Ergonomik kontrol indeksi puanları ile göz yakınmaları puanları arasında korelasyon saptanamamıştır.

### Sonuç

Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinin ergonomik düzenleme konusunda yetersiz olmalarına karşın göz yakınmaları ve genel yorgunluk belirtileri puanları yüksek bulunmamıştır. Bu durum öğrencilerin günlük bilgisayar kullanım sürelerinin çok kısa olmasına bağlanabilir.

### Anahtar Kelimeler

Bilgisayar, ergonomi, göz

- Arş. Gör. Dr. Selcen Sakaoğlu Manaygat, E.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. - selcensm@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Meral Türk Soyer, E.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Aliye Mandiracioğlu, E.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.

## GAZİANTEP ORGANİZE SANAYİ BÖLGELERİNDEKİ GIDA ÜRETEN İŞYERLERİNİN İNCELENMESİ

B. ÖZÇIRPICI, E. İÇBAY, F. ÇOŞKUN, M. AKIN BULU, S. ÖZGÜR

### Giriş ve Amaç

İş sağlığı, çalışanların toplumsal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği bir sağlık düzeyine ve kazanılabilir en yüksek sağlık standardına erişmesini sağlamak olarak tanımlanabilir. Halk sağlığı yönünden "Gıda Güvenliği ve Güvencesi" son dönemlerde önemi artan bir konudur. Gıda güvenliği anlayışında yaşanan problemlerin çözümüne yönelik olarak güvenli gıda üretiminin temelini oluşturan iyi üretim uygulamaları ve kritik kontrol noktalarında tehlike analizi(HACCP) gibi prensipler uygulamaya konulmuştur. HACCP sistemi gıda zincirini hammadde üreticisinden tüketim aşamasına kadar kapsayan, her türlü olası tehlikenin önceden değerlendirilerek gerekli önlemlerin alınmasıyla risklerin en aza indirildiği proaktif bir "risk yönetim" sistemidir.

Bu çalışmada; ülkemizde gıda işyeri sayısı olarak %4'lük bir pay ile 3. sırada bulunan Gaziantep'teki gıda üreten işyerlerinin iş ve gıda sağlığı yönünden mevcut durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma Şubat-Temmuz 2008 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma evrenini Gaziantep'te bulunan 4 adet Organize Sanayi Bölgesi'nde yer alan ve gıda üretimi yapan işyerleri oluşturmaktadır. Altmışaltı işyerinden 16'sı araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 50 işyerine soru kağıdı uygulanmıştır. Evrene ulaşım oranı (%76.92)'dir.

Ellüç soruluk işyerlerin genel özellikleri, işçi sağlığı ve gıda sağlığı durumunu içeren soru kağıdı, işyerlerinin yöneticileriyle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Veriler SPSS (13.0) istatistik paket programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

### Bulgular

İşyerlerinde toplam 3264 işçi çalışmaktaydı (median, 23, min.3 ,max. 985). İşçiler günde ortalama 8,5 saat (min. 6,5 max.12.0) çalışmaktaydı, %97,5sinin sigortası vardı. İşyerlerinin %97,7 'sinde sorumlu yöneticisi, % 80' ninde işyeri hekimi bulunmaktaydı. İşyerlerinin %96,0'ında işe giriş ve portör muayeneleri yapılmaktaydı. İşyerlerinin %56,0'ında işyerinde sağlık ve güvenlik risklerini önlemek ve koruyucu hizmetleri yürütmekle görevli biri bulunmaktaydı. İşyerlerinin %44,0'ünde risk analizinin yapıldığı, %64,0'ünde işçilere risklerle ilgili eğitim verildiği belirlendi.

İşyerlerinin %90,0'ında gıda mühendisi bulunmaktaydı, %64,0'ünde HACCP planı bulunmaktaydı. Bu işyerlerinin %84,4'ünde işçilere HACCP ile ilgili eğitim verildiği, %93,8'inde kritik kontrol noktalarının denetlendiği belirlendi. İşyerlerinin %90,0'ında gıda kodeksine uygunluk belgesi, %78,0'inde herhangi bir İSO belgesi bulunmaktaydı. İşyerlerinin %30,0'u gıda katkı maddesi kullanmaktaydı, bunların %73,3'ünde bu maddelerin ölçümü düzenli olarak yapılmaktaydı.

### Sonuç

Denetlenmelerin Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'na yapılıyor olsa da düzenli olmadığı, işçilerin portör muayenelerinin yetersiz ve düzensiz olduğu, işyerlerinin yaklaşık yarısında işyeri risk analizi yapılmış olması ve HACCP planının bulunmasına rağmen, bunların öneminin kavranmadığı, çok zaman ihracatta kolaylık olsun diye yapıldığı belirlenmiştir.

### Anahtar Kelimeler

İş sağlığı, gıda sağlığı

- Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ozcirpici@gantep.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Eda İÇBAY , Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - icbay@gantep.edu.tr
- Uzm. Dr. Ferhat ÇOŞKUN, Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü
- Arş. Gör. Dr. Meltem AKIN BULU, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - akin@qgantep.edu.tr
- Prof. Dr. Servet ÖZGÜR, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

## İSTANBUL TUZLA TERSANELERİNDE YAŞANAN “İŞ KAZALARI” NIN ARKAPLANI

### Ahmet SALTİK

#### **Giriş ve Amaç:**

Dünyada 7. sırada gelen ve halen 224 geminin yapımının sürdürdüğü Tuzla tersaneleri, ulusal ekonomiye 1.8-3.5 milyar \$ dolayında yıllık girdi sağlamaktadır. 2008 yılı içinde İstanbul / Tuzla’da yerleşik 48 aktif tersanede (ülke genelinde 84) olaylanan “iş kazalarında” 30 işçi yaşamını yitirmiştir. Bu kazaların % 95’i, öndegelen bir tersane sahibine göre eğitimsizlik + bilgisizlik + ihmaldir. “Hızlı büyüme”ye (2000-2007 arasında % 60 kapasite artışı) “hazırlıksız yakalandığı” (!?) bir başka temel açıklama ya da itirafır.

#### **Gereç ve Yöntem:**

Bu çalışma, eldeki verilerden kalkarak yürürlükteki mevzuat, uluslararası kural ve standartlarla ölçütler dikkate alınarak, güncel bilimsel literatür ışığında bir derleme olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **Bulgular:**

Sektörde 27 bin “kayıtlı” işçi çalışmakta, yan sanayi ile 100 bin kişiye istihdam yaratılmaktadır. Kazaların en sık rastlanan nedenleri iskele çökmesi, elektrik çarpması, patlama, vinç kazası, filikada boğulma, metal blokların altında kalma, yüksekte düşmedir (havuza, denize..). Bir işverence sektörde ölümlü kaza sıklığı onbinde 3 olarak Japonya’ya denk ifade edilmektedir! Ancak 30 ölüm / 27 bin çalışan = On binde 11.1 düzeyinde bir hız hesaplanmaktadır. Japonya’da onbinde olmak üzere 3 olan bu hız, Almanya ve İngiltere’de 2, Kore’de 4, Singapur ve Çin’de 18-20 arasındadır. Limter-İş yetkililerine göre, bildirilmeyen “epey” iş kazası ölümleri hatta denize / havuza düşüp “cesedi bulunamayan”, 6 ay sonra bir başka kazada yeni ceset aranırken çıkarılabilen “arkadaşları” olmuştur. Çalışanların % 90’ı da maalesef kayıtdışıdır. Tuzla kaymakamı, bu işçilerin “ahır” gibi yerlerde barındıklarını açıklamıştır. Türk Gemi İnşa Sanayicileri Birliği-GİSBİR, 2008’de 700 mühendis ve 17800 işçiyi eğittiklerini bildirmiştir. Eğitimin içerik ve süresinin standartlara ne denli uydugu bilinmemektedir. Ayrıca, yasal olarak zorunlu söz konusu eğitimlerin, 2008’de iyice artan ölümlü iş kazalarının ardından gündeme getirilişi, öncesinde savsaklandığını (ihmal edildiğinin/yapılmadığının!) dolayı bir itirafıdır. Kamuoyunda tepki uyandıran iş kazası ölümlerinin ardından, yakındaki bir okulda 10 derslikte her gün 200 işçinin 1’er günlük eğitimine geçilmiştir. Olumlu bir adım olmakla birlikte, mevzuatımıza göre bu eğitimin işe başlamadan verilmesi zorunludur (4857 sayılı İş Yasası md. 77). Ayrıca bir işveren, işe başlamadan önce 320 saatlik eğitim gerektiğini ve Devlet desteği istendiğini belirtmiştir. OHSAS 18001 : 1999 ve ISO 9001-2000 standartları, sektörde alınan yeterlik belgelerinden. Ancak gerçekte yaşama ne ölçüde geçirilebildiği belirsizdir. İşverenler “işyeri kapatma” nın uluslararası düzlemde hemen yayınlanarak, siparişlere olumsuz yansıtıldığından yakınmakta ve kazalardan ders alınarak ciddi iyileştirmeler yaptıklarını belirterek bu ağır yaptırımın uygulanmasını istememtedirler. Başbakan R.T. Erdoğan’ın bölgeyi ziyaretinde Limter-İş yetkililerini salona almaması ve “Hızlı büyüme, iş kazalarını da birlikte getirdi.” değerlendirmesi, “özenle” kaydedilmelidir.

#### **Sonuç:**

Tuzla’da tersane sayısının ve kapasitesinin çok hızlı büyüdüğü, yer sıkışıklığı yaşandığı belirtilerek, başta Yalova olmak üzere ülkenin başkaca limanlarına dağılım önerilmektedir. Bu süreçte mutlaka ÇED raporları istenmelidir. Altı işveren (taşeron) ile üst işveren arasındaki sözleşmenin yazılı olması ve ağır-tehlikeli işe başlamadan önce işçilerin yeterince eğitilmesi önerilmektedir. Denizcilik Müsteşarlığı, Tersaneler Genel Müdürlüğü, Çalışma Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, sendikalar (DİSK/Limter-İş ve Türk İş/Dok Gemi-İş), TMMOB Gemi Mühendisleri Odası, üniversitelerin gemi mühendisliği bölümleri, ILO uzmanları, Dünya Denizcilik Örgütü (IMO: International Maritime Organization), tersane işletmecileri (Gemi İnşa Sanayicileri Birliği), Deniz Ticaret Odası birlikte eşgüdüm içinde çözümler üretmelidir. Tersane standartları ulusal mevzuatta -yeterince tanımlanmamıştır. Özel bir teknik mevzuatla bu eksiklik hızla giderilmelidir. AB’de ağır ve tehlikeli işler başta olmak üzere, çalışanlar genellikle ilgili dalda meslek lisesi eğitilmiştir. Tüm sektörlerde çalışanların sağlıklı-güvenli ortam hakkı evrenseldir ve Anayasanın 56. maddesinde tanımlıdır. Kapitalist küreselleşme, kâr uğruna işçilerin yaşam haklarını hiçe sayabilmektedir. Bu durum kabul edilemez, mutlaka engellenmelidir. Türkiye ILO mevzuatına daha kapsamlı uyum sağlamalı, özerk Ulusal İş Sağlığı-Güvenliği Enstitüsü kurmalıdır.

#### **Anahtar Kelimeler:**

Tuzla tersaneleri (Tuzla shipyards), ölümcül iş kazası (work-related fatal accident), tersane iş güvenliği (shipyard occupational safety), ILO sözleşmeleri (ILO Conventions), Denizcilik (Maritime).

• Prof. Dr. Ahmet SALTİK, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - profsaltik@gmail.com

**KULAKLIK KULLANIMININ KULAK FLORASINA ETKİSİNİN ARAşTIRILMASI****R. OğUR, Ö. F. TEKBAş, H. İSTANBULLUOğLU, B. BAKIR****Giriş ve Amaç**

Tüm vücutta olduğu gibi, dışkulak yolunda da mikrobiyal flora bulunmaktadır. Dışkulak yolu florası çevresel ve kişisel etkenlerle değişebilmekte ve kulak sağlığına etki edebilmektedir. Çalışmanın amacı; kulaklık kullanımı ile dış kulak yolu florası arasındaki ilişkiyi oraya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki araştırmamız GATA Tıp Fakóltesi öğrencileri arasından 152 gönüllü üzerinde yapılmıştır. 152 katılımcıdan 120 kulaklık kullanan kişinin önce dış kulak yollarından, daha sonra kullandıkları kulaklıklardan, 32 adet kulaklık kullanmayan kişinin sadece dış kulak yollarından steril eküvyonlarla sürüntü örnekleri alınmıştır. Alınan tüm örnekler steril şartlarda taşıma besiyerlerine konulmuştur. Her iki gruptan sürüntü örnekleri alındıktan sonra kişilere araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formları uygulanmıştır. Taşıyıcı besiyerindeki sürüntüler laboratuvar ortamında genel amaçlı besiyerine ekilmiş ve 48 saat 36.5 santigrad derecede inkübe edilmiştir. Sonrasında besiyerleri kontrol edilerek, tespit edilen mikroorganizmalar sayı olarak kaydedilmiştir.

**Bulgular**

Birkaç kişi tarafından ortak kullanılan kulaklıklarda dışkulak yolundaki mikroorganizma sayısında anlamlı bir fark gözlenmezken, kulaklık üzerindeki mikroorganizma sayısında anlamlı düşüş olduğu değerlendirilmiştir ( $p<0,05$ ). Kulaklık tipine göre mikroorganizma sayıları değerlendirildiğinde, kulak içi ve kepeçe içi kulaklıklar üzerindeki mikroorganizma sayısının, kulak kepeçi dış kulaklıkların mikroorganizma sayısına göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Çevre gürültüsünden korunmak amacıyla kullanılan silikon izolasyon kulaklıkları kullananlarda, dış kulak yolu ve kulaklıklardaki mikroorganizma sayısının diğer tür kulaklık kullananlardaki değerlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kulak hijyen yöntemlerinin etkinlikleri değerlendirildiğinde; kağıt mendille dış kulak yolu temizliği yapanların dış kulak yolu mikroorganizma sayısının diğer katılımcılardan daha yüksek olduğu, havlu ve kulak çöpü kullananların ise dış kulak yollarındaki mikroorganizma sayısının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Sonuç**

Çalışma sonucuna göre kulaklık kullanımı dış kulak yolu florasını etkileyebilmektedir. Kulaklık kullanımının toplumun kulak ve işitme sağlığına etkilerini ortaya koyabilmek için kulaklık kullanımı ve kulak hastalıkları ve işitme düzeyi etkilenimi konusunda ileri çalışmalar planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Dış kulak yolu florası, kulaklık, kişisel hijyen

- Doç. Dr. RECAİ OğUR, GATA HALK SAğLIğI A.D. - recaiogur@yahoo.com
- Doç. Dr. ÖMER FARUK TEKBAş, GATA ÇEVRE SAğLIğI B.D.
- Arş. Gör. HAKAN İSTANBULLUOğLU, GATA HALK SAğLIğI A.D.

**MUTFAK VE SERVİS ÇALIŞANLARINDA İŞ GERİLİMİ VE ETKİLEYEN ETMENLER****R. MESERİ, Ş. ÖZTÜRK, Y. DEMİRAL****Giriş ve Amaç**

İş stresi özellikle hizmet sektöründe çalışanlar için öncelikli bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir. İş yükünün yüksek, iş kontrolünün düşük olması iş gerilimini doğurmaktadır. Bu çalışmada Sağlık Kültür Spor (SKS) Dairesi Başkanlığı'na bağlı mutfak ve servis çalışanlarında iş geriliminin belirlenmesi ve etkileyen etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki araştırmada Dokuz Eylül Üniversitesi SKS'ye bağlı mutfak ve servis çalışanları evreni (n=96) oluşturmaktadır. İş gerilimini etkileyen etmenler olarak bireyin sosyo-demografik ve ekonomik durumu, çalışma koşulları ve sağlık durumu sorgulanmıştır. Mutfaklar bir grup, hizmet sunulan diğer alanlar sosyal tesisler olarak bir grupta değerlendirilmiştir. İş geriliminin ölçümünde, iş yükü-kontrol-destek modeline göre geliştirilen, Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmış ölçek kullanılmıştır. Veri, veri toplama formu aracılığıyla çalışanlarla yüz yüze görüşmeyle toplanmış, SPSS 11.0 ile değerlendirilmiş, ki-kare çözümlemesi yapılmıştır.

**Bulgular**

Çalışanların 77'sine (%80.2) ulaşılmıştır. Katılımcıların çoğu (%93.5) erkektir ve evlidir. Yaklaşık üçte biri (%39.0) ilkökulu mezundur. Ortalama bireysel gelir 522 YTL±12.7'dir, katılımcıların yarısı (%57.1) geçim düzeyini orta olarak belirtmiştir. Çalışanların %45.0'ı aşçı ve aşçı yardımcısıdır, %27.3'ü kadrolu, %14.3 ü vardiyalı çalışmakta ve %29.7 si fazla çalışma yapmaktadır. Yaklaşık yarısı (%47.3) çalıştığı biriminin koşullarından hoşnuttur. Bireylerin 20'sinin (%26.0) iş gerilimi yüksek bulunmuştur. Sosyo-demografik değişkenler ve çalışma koşulları iş gerilimini etkilememektedir. Zor geçindiklerini düşünenlerde, bireysel gelir ve hane geliri düşük olanlarda, süregen hastalığı varlığında iş gerilimi anlamlı olarak yüksektir. Sözleşmelilerin anlamlı olarak daha genç, daha kısa süre Dokuz Eylül Üniversitesi'nde görev yaptıkları, daha fazla vardiyalı çalıştıkları ve fazla çalışma yaptıkları saptanmıştır. İş gerilimi açısından kadrolu olanlarla sözleşmeli olanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birimlere göre iş yükü-kontrol değerlendirildiğinde merkeze yakın olan ve görece eski olan birimlerde karar serbestliğinin daha az olduğu, merkezden uzaklaşıldıkça karar serbestliğinin arttığı gözlenmiştir.

**Sonuç**

İş geriliminin yüksek olduğu birimlerin mutfak koşullarının da kötü olarak olumsuz olması, mutfak koşullarının düzeltilmesi ile iş yükünün ve iş geriliminin azaltılabileceği düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

İş gerilimi, mutfak çalışanları

- Arş. Gör. Recı Meseri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - recimeseri@yahoo.com
- Seniz Öztürk, Dokuz Eylül Üniversitesi SKS Daire Başkanlığı - senizozturk@gmail.com
- Doç. Dr. Yücel Demiral, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - yuceledemiral@deu.edu.tr

**ÖZEL BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HASTABAKICILARDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE İLGİLİ OLABİLECEK BAZI RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ****Ö. Z. YILMAZ GÜRAL, F. N. AKSAKAL, R. AYGÜN****Giriş ve Amaç**

Sağlık personeli mesleki bel ağrısı ile karşılaşmada potansiyel bir risk grubudur. Özellikle bel ağrısı açısından riskli davranışları sık tekrarlayan hemşire ve hastabakıcılarda görülme sıklığı ve gün içinde çalışma ortamında yapılan aktivitelerle bel ağrısı arasındaki ilişkinin saptanması sorunun çözümü açısından oldukça önemlidir. Çalışmada, özel bir hastanede çalışmakta olan hemşire ve hastabakıcılarda bel ağrısı görülme sıklığının ve gün içinde yapılan aktivitelerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu çalışmada Bayındır Hastanesi Kavaklıdere ve Söğütözü şubelerinde hemşire veya hastabakıcı olarak görev yapan 293 kişiden 255'ine (%87.0) ulaşılmıştır. Veri kaynağı olarak anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler yanında Ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Çalışmada 195 hemşire, 60 hastabakıcı incelenmiştir. Katılımcıların %23.1'i erkek, %76.9'u kadındır, %43.9'u 25-29 yaş grubunda, %53.7'si bekardır. %68.2'si genel sağlık durumunu "iyi" olarak nitelendirmiştir. İncelenenlerin %33.4'ü günde 9 saatten fazla, %67.5'i ise son bir yıl içinde vardiyalı çalıştığını belirtmiştir. Bel ağrısı sıklığı, sorumlu hemşirelerde %70.4, hemşirelerde %73.9 ve hastabakıcılarda %65.2 olarak bulunmuştur. Tüm grupta sıklık % 71.4'tür. Bel ağrısı olanların %74.6'sının 1-3 yıldır bel ağrısı çektiği belirtilmiştir. Bel ağrısı hakkında eğitim alanlarda bel ağrısı görülme sıklığı (%63.0), eğitim almayanlardan (%79.5) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Sigara içenlerde ise halen içen ya da içmiş bırakmış olanlarda bel ağrısı sıklığı hiç içmeyenlerden anlamlı şekilde yüksektir. Bel ağrısı olanların gün içinde en sık yaptığı işler %89.0 ile öne eğilmeyi gerektiren işler, %84.3 ile sürekli ayakta durma ve %75.5 ile hastanın pozisyonunu değiştirme olarak bildirilmiştir. Bel ağrısına neden olabileceği düşünülen işlerden "öne eğilmeyi gerektiren işlerin yapılması" ile bel ağrısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İncelenenler temelde benzer şekilde çalıştıklarından çalışma süre ve şekillerine göre anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcılardan bel ağrısı olanların %95.0'i bel ağrılarının yaptıkları iş ile ilgili olduğunu düşünmektedir.

**Sonuç**

Sağlık personelinde bel ağrısı görülme sıklığının azaltılmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Sağlık personeli, bel ağrısı, risk faktörleri

- ÖZLEM ZEYNEP YILMAZ GÜRAL, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü - zeynepbesim@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. F. NUR AKSAKAL, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - naksakal@gazi.edu.tr
- Prof. Dr. REMZİ AYGÜN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - raygun@gazi.edu.tr



## ŞANLIURFA İL MERKEZİNDE GEZİCİ MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ DURUMU VE SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM

### Z. SİMSEK, İ. KORUK

#### **Giriş ve Amaç**

Mevsimlik tarım işçileri dünyada yaşam koşullarının uygunsuzluğu ve işin niteliğine bağlı olarak yaşadıkları maruziyetler nedeniyle işçi sağlığı alanında öncelikli risk grupları arasındadır. Bu çalışmada Şanlıurfa il merkezinde gezici mevsimlik tarım işçiliği profilini çıkarmak ve tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadığı bir mahallede gezici tarım işçisi ailelerin yaşadıkları sağlık sorunlarını ve sağlık hizmetine ulaşma durumlarını araştırmak amaçlanmıştır.

#### **Gereç ve Yöntem**

Şanlıurfa il merkezinde gezici mevsimlik tarım işçisi profilini çıkarmak için, Şanlıurfa Valiliği Mahalli İdareler Müdürlüğü işbirliğinde, tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadıkları mahalleler belirlenerek muhtarlar birlikte kayıtlara dayalı durum saptama çalışması yapılmıştır. İkinci aşamada, nüfusunun yaklaşık %70'i tarım işçisi olan Hayati Harrani Mahallesinde kesitsel tipte bir araştırma yürütülmüştür. Araştırma bölgesinde bulunan 411 ev ziyaret edilmiştir. Ziyaret sırasında gezici tarım işçisi olan ailelere 15 sorudan oluşan form yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

#### **Bulgular**

Şanlıurfa il merkezinde toplam 33 mahallede 282.936 kişinin yaşadığı, bunların %44'ünün (124.630) tarım işçisi olduğu saptanmıştır. Gezici tarım işçilerinin Şubat ayından başlamak üzere Türkiye'de 21 farklı ile tarım işçisi olarak gittikleri, Kasım'ın ilk haftasında da evlerine döndükleri saptanmıştır. Hayati Harrani mahallesinde yürütülen çalışmada, ziyaret edilen 411 haneden %67.9'unun gezici tarım işçisi olduğu ve yılın Mart-Ekim ayları arasında ortalama 2 il olmak üzere, 25 ile gittikleri, ortalama 4 ay ise ikamet adreslerinde yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin %81.2'sinin yeşil kartı, %3.6'sının Bağkur kaydı bulunurken, %15.2'sinin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Ailelerin %71.1'i her yıl aynı yere gittiklerini, %59.1'i gidilen yeri elçi/yarıcının belirlediğini ifade etmişlerdir. Son 1 yıl içerisinde tarım alanlarında çalışırken yaşanan sağlık sorunları sorulduğunda; %72.7'si hasta olduklarını, sıklıkla ÜSYE, ASYE, astım, ishal, kas-iskelet sistemi ağrıları, baş ağrısı geçirdiklerini, 1 kişi tüberküloz, 3 kişi sıtma, 1 kişi de bruselloz olduğunu bildirmiştir. Hasta olduklarında %41.6'sı hastaneye, %33.8'i sağlık ocağına gittiklerini, diğerleri eczaneden, komşudan ilaç aldığını ya da kendiliğinden iyileşmesini beklediklerini bildirmişlerdir. Ölen olup olmadığı ve nedeni sorulduğunda %2.4'ü aile üyelerinden birinin öldüğünü, ölüm nedenlerini sırasıyla trafik kazası, böcek-yılan sokması ve kalp krizi oluşturmuştur. Düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine ulaşamama sağlık sorunlarını ortaya çıkaran temel faktörler olduğu belirlenmiştir.

#### **Sonuç**

Sağlık hizmetlerinin görevi kişilerin sağlık hizmetlerine olan taleplerini karşılamaktan öte, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Temel haklardan olan sağlık hakkının herkese, her yerde, her zaman ilkesinden hareketle, gezici tarım işçilerine hangi sistemle verilebileceğinin belirlenmesi önemlidir. Yılın yalnızca 4 ayı ikamet adreslerinde yaşayan kişilere aile hekimliği modelinin uygun olmayacağı ortadadır. Sistemin tüm ülkeye kanıta dayalı bilgiler ışığında yayılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde "hasta" değil "birey", "tıbbi hizmetler" değil "sağlık hizmetleri" anlayışı esas alınarak, gezici tarım işçilerine temel sağlık hizmetlerinin ulaştırılması önceliklidir.

#### **Anahtar Kelimeler**

Gezici tarım işçiliği, Şanlıurfa, sağlık hizmetine erişim

- Doç. Dr. Zeynep Şimşek, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - zsimsek@harran.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. İbrahim Koruk, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ibrahimkoruk@yahoo.com

**GAZİANTEP İL MERKEZİNDEKİ BANKALARIN BÜRO ERGONOMİSİNE UYGUNLUK DURUMLARI ve BANKA ÇALIŞANLARININ BAZI SAĞLIK YAKINMALARI****Ö. BALCI, B. ÖZCIRPICI, S. ÖZGÜR****Giriş ve Amaç**

Çalışmada Gaziantep il merkezindeki bankaların büro ergonomisine uygunluk durumlarının ve banka çalışanlarının bazı sağlık yakınmalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırmadır. Gaziantep il merkezinde bulunan toplam 73 banka şubesi, örnek seçilmeden araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan kişi sayısı 1006'dır. Araştırma evrenine ulaşım hızı %91,1'dir. Araştırmada 42 soruluk kişisel bilgileri, çalışma koşullarını ve sağlık yakınmalarını içeren bir soru kağıdı yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmacı tarafından, bankalar renk, aydınlatma, masa, sandalye, bilgisayarlar ve bankaların fiziksel yönden özellikleri incelenmiştir. Veriler SPSS (13.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmada yaş ortalaması 32,34±6,90'dır. Çalışanların; %44,0'ı gürültü, %24,0'ı sıcaklık, %12,0'ı ışık, %5,3'ü nemden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %58,5'inin kas iskelet sistemine ait yakınmalarının olduğu, en sık görülen yakınmanın bel ağrısı (%29,0), sırt ağrısı (%28,8) ve boyun ağrısı (%27,9) olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %20,4'ünün görme bozukluğu mevcuttur. Çalışanların %6,5'inin varisi, %6,9'unun hemoroidi vardır.

Banka şubelerinin %97,7'sinin açık renk olduğu, %91,3'ünün dolaylı aydınlatıldığı belirlenmiştir. Çalışanların %87,8'inin masa yüksekliğinin, %42,9'unun masa uzunluğunun uygun olduğu belirlenmiştir. Banka çalışanlarının kullandıkları sandalyelerin %96,2'sinin beş ayaklı ve döner oturaklı olduğu, %95,9'unun sandalyesinde kol desteği, %94,0'ının yükseklik ayarı bulunduğu belirlenmiştir.

Lojistik regresyon analizine göre; kas iskelet sistemi yakınması olma olasılığı, yöneticilerde memurlara göre 1,552 kat; yüksek öğrenim mezunu olanlarda ortaöğrenim mezunu olanlara göre 2,288 kat; egzersiz yapmayanlarda yapanlara göre 2,710 kat; evli olanlarda bekar olanlara göre 1,915 kat; kadınlarda erkeklere göre 2,314 kat daha fazladır.

**Sonuç**

İş ortamı kişinin en fazla zaman geçirdiği ve önemli çevresel faktörlere maruz kaldığı ortamdır. Teknolojik gelişmelere paralel olarak daha fazla iş daha az hareketle yapılır olmuştur. Çalışmamızda yaş ortalaması düşük olmasına rağmen kişilerin yarısından fazlasında kas-iskelet sistemi yakınması bulunması konunun önemini vurgulamaktadır. Özellikle uzun süre oturularak çalışılan işyerlerinde kısa molalar verilerek hareketin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Yöneticilerin ve çalışanların bu konuda eğitilmesi hayati önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Gaziantep, İş Sağlığı ve Güvenliği, Ofis Sağlığı

- Uzm. Dr. Ömer BALCI, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü - balci63@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZCIRPICI, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ozcipcici@gantep.edu.tr
- Prof. Dr. Servet ÖZGÜR, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ozgur@gantep.edu.tr

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİNDE OKUYAN KIZ ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ****S. TÜRKER, M. COLAK, İ. AKYÜZ****Giriş ve Amaç**

Çalışmamızın amacı üniversitede okuyan kız öğrencilerin aile planlaması (AP) hakkında bilgi düzeylerini ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu çalışmada, evreni Balıkesir merkezde bulunan iki yüksekokulun kız öğrencileri oluşturmuştur. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ebelik bölümünde okuyan ve Aile planlaması dersi alan 101 öğrencinin tamamına, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu bölümlerinde okuyan 135 kız öğrenciden ise görmeyi kabul eden 109 öğrenciye ulaşılmıştır (n=210). Veriler 03.03.2008-28.03.2008 tarihleri arasında anket formu aracılığıyla ve yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

Toplanan veriler, SPSS 10.0 programında yüzdeler ve frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi ve gruplararası karşılaştırmalarda ki kare testi kullanıldı

**Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının  $20,8 \pm 1,5$  olduğu, %65,7'sinin il merkezinde yaşadığı, %47,1'inin iki kardeşe sahip olduğu görüldü. Öğrencilerin %86,7'sinin A.P konusunda bilgiye sahip olduğu, bilgisi olanların %58,8'inin bu bilgiyi okul eğitiminden, %15,9'unun sağlık personelinden aldığı saptandı. Öğrencilerin %13,3'ü AP yöntemlerinin ne olduğunu bilmediğini ifade ederken, bilenlerin en fazla bildiği yöntemler %92,3 ile hap, %86,7 ile kondom ve %83 ile rahim içi araç (RİA) olduğu görüldü. Öğrenciler en güvenilir yöntemi (%35,5) RİA, (%34,9) kondom ve (%14,8) hap olarak tanımladı. Gebe kalmak için en uygun zamanı, %68,6'sı menstrual siklusun 12-14. günler olduğunu ifade ettiği görüldü. Öğrencilerin %79,9'u eğitim çalışmasına katılmak istediği ve katılmak isteyenlerin ise %21,7'si gebelik ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi almak istediği saptandı, %70,5'inin bu eğitimi sağlık personeline almak istediği görüldü. Yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin bilgi düzeylerinin diğer bölümlerde okuyanlara oranla istatistiksel olarak arttığı bulundu ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç**

Sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin A.P konusunda bilgileri yeterli bulunurken, diğer bölümlerde okuyan öğrencilerin bilgilerinde eksiklikler olduğu ve eğitime ihtiyaç duydukları sonucuna varıldı. Eğitim çalışması planlanarak eksik bilgilerin tamamlanması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Öğrenci, Aile Planlaması, Eğitim

- MELTEM ÇOLAK, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - meltem\_colak85@hotmail.com
- Öğr. Gör. SEMİHAT TÜRKER, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - semihatturker@hotmail.com
- İMRAN AKYÜZ, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - imran\_16@live.com

## ÜREME ÇAğINDAKİ EVLİ KADINLARIN DOğUM YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DOğUM TERCİHLERİNİN BELİRLENMESİ

S.TÜRKER, İ. AKYÜZ, M. ÇOLAK

### Giriş ve Amaç

Bu çalışmada üreme çağındaki evli kadınların doğum yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini ve doğum tercihlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Üreme çağındaki kadınların sosyodemografik özelliklerini, obstetrik hikayelerini, doğum yöntemleri hakkındaki bilgilerini ve doğum tercihlerini belirlemek amacıyla geliştirilen anket formu, 03.03.2008-28.03.2008 tarihleri arasında, Balıkesir ilinde yaşayan ve görüşmeyi kabul eden 200 kadına yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Toplanan veriler, SPSS 10.0 programında yüzdelik ve frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi ve gruplar arası karşılaştırmalarda ki kare testi kullanıldı.

### Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların %23'ünün 45-49 yaş grubunda olduğu, %66,5'inin ilköğretim mezunu olduğu ve %73,5'inin il merkezinde yaşadığı bulundu. Deneklerin %82'sinin çalışmadığı ve %88'inin sosyal güvencesinin olduğu görüldü. Obstetrik hikayeleri incelendiğinde: Deneklerin %38,5'inin iki gebelik geçirdiğı, %52,1'inin iki doğum yaptığı, %56,5'inin düşük yada kürtaj olmadığı, %55,7'sinin iki yaşayan çocuğu olduğu saptandı. Deneklerin %20,5'i çocuk sahibi olmak isteyen grubun %35,3'ü iki yıldan daha uzun süre sonra çocuk sahibi olmak istediğı, % 31,4'ü ise hemen çocuk sahibi olmak istediğı bulundu. Doğum yöntemleri konusunda %64,5'inin bilgisi olduğu ve bu bilgiyi %59,2'sinin sağlık personelinin aldığı saptandı. Deneklerin %63,5'i normal doğum, % 26'sı sezeryan ile doğum yaptığını ifade etti. Deneklerin %71'i sezaryen ile doğumu riskli buluyordu. Deneklerin % 86,5'i tekrar doğum yapmaları durumunda normal doğumu seçeceklerini ifade etti. Nedeni sorulduğunda %35,5'inin doğal yöntemin daha sağlıklı olduğu düşüncesi ilk sırayı aldı. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, normal doğum yapanların normal doğumu seçme durumu sezaryen doğum yapanlara göre anlamlı olarak arttığı bulundu (p<0,05).

### Sonuç

Üreme çağındaki evli kadınların doğum konusunda bilgileri yeterli olmamasına rağmen, doğum yöntemi olarak sezaryen doğumu riskli buldukları ve normal doğumu tercih etme durumlarının arttığı sonucuna varıldı.

### Anahtar Kelimeler

Evli kadınlar, Doğum Yöntemleri, Doğum Tercihleri

• Öğr. Gör. SEMİHAT TÜRKER, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAğLIK YÜKSEK OKULU - semihatturker@hotmail.com

• İMRAN AKYÜZ, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAğLIK YÜKSEK OKULU - sibirli852001@hotmail.com

• MELTEM ÇOLAK, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAğLIK YÜKSEK OKULU - meltem\_colak85@hotmail.com

**15-49 YAŞ EVLİ KADINLARIN HİJYEN ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ****Ö. TEKİR, İ. AKYÜZ, M. ÇOLAK****Giriş ve Amaç**

Bu araştırma ile 15-49 yaş arası evli kadınların hijyen alışkanlıklarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 15-49 yaş arası evli kadınların hijyen alışkanlıkları konusunda bilgi düzeylerini ve aldıkları önlemleri sorgulayan anket formunun yüz yüze görüşülmesiyle toplanmıştır. Çalışma 1 Temmuz-3 Ağustos 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Bursa'da bir Doğum Evi'nde tedavi gören 150 kadın, örneklemini ise bu çalışmaya katılmayı kabul eden 92 birey oluşturmuştur. Denekler basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmadan toplanan veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş, yüzdelik dilimler ile ifade edilmiştir.

**Bulgular**

Kadınların %48.9'unun 20-29 yaş grubunda ve %87'sinin çocuğunun olduğu ve %48.9'unun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. %76.1'inin sağlığını iyi olarak yorumladığı, %51.1'inin perineyi arkadan öne doğru temizlediği, %89.1'inin perineyi kuruladığı, %88'inin tuvalet kağıdı kullandığı, %51.1'inin tuvaletten önce ellerini yıkadığı, %98.9'unun tuvaletten sonra ellerini yıkadığı, %85.9'unun menstrual dönemde ped kullandığı, %78.3'ünün menstrual dönemde banyo yaptığı ve %56.5'inin haftada iki kez banyo yaptığı belirlenmiştir. Olguların %76.1'i iç çamaşırlarını pamuklu tercih ettiğini, %83.7'si iç çamaşırlarını ütülediğini, %91.3'ü iç çamaşırını günlük değiştirdiğini, %69.6'sı vajinal enfeksiyon geçirmediğini ve %28.3'ü vajinal enfeksiyon sonrası tedavi aldığını ifade etmiştir. Ağız ve diş sağlığı ile uygulamaları incelendiğinde: %95.7'sinin dişlerini fırçaladığı, %96.7'sinin dişlerini fırçalamaya okul çağında başladığı, %62'sinin sadece problemi olduğunda dolayı diş hekimine gittiği, %46.7'sinin dişlerini sabah akşam fırçaladığı, %31.5'inin diş fırçalarını yılda iki kez değiştirdiği ve %92.4'ünün diş ipi kullanmadığı belirlenmiştir. Kadınların %50'sinin tırnak makası ailedeki bireylerle ortak kullandığı, %88'inin tırnaklarını haftada bir kez kestığı, %95.7'sinin ayaklarını her gün yıkadığı, %76.1'inin ayakkabı alırken ayaklarının rahat etmesine dikkat ettiği belirlenmiştir.

**Sonuç**

Bu çalışma sonucunda çalışmaya katılan kadınların genital hijyen konusunda bilgi eksikliği olduğu, ağız ve diş bakımı konusunda uygulamalarının yetersiz olduğu görülmüştür. Olguların tamamına yakınının dişlerini fırçaladıkları fakat büyük bir çoğunluğunun diş ipi kullanmadığı ve sadece problemi olduğunda diş hekimine gidenlerin sayısının fazla olduğu belirlenmiştir. Hijyen konusunda eğitim programlarının artırılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

15-49 Yaş, Evli Kadın, Hijyen Alışkanlıkları, Doğum Evinde Tedavi Gören Kadınlar

- Arş. Gör. ÖZLEM TEKİR, Ege Ü. Hemşirelik Y.O. İç Hastalıkları Hemşireliği A.D. - ozlemtekir\_10@hotmail.com
- İMRAN AKYÜZ, Balıkesir Ü. Balıkesir Sağlık Y.O. Sağlık Memurluğu Böl. Mezunu - sihirli852001@hotmail.com
- MELTEM ÇOLAK, Balıkesir Ü. Balıkesir Sağlık Y.O. Sağlık Memurluğu Böl. Mezunu - meltem\_colak85@hotmail.com

**15-49 YAŞ KADINLARIN MEME KANSERİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ****Ö. TEKİR, M. COLAK, İ. AKYÜZ****Giriş ve Amaç**

Meme kanseri kadınlarda sık görülen kanser türlerindedir. Bu araştırma ile 15-49 yaş kadınların meme kanseri konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 15-49 yaş arası kadınların meme kanseri konusunda bilgi düzeylerini ve aldıkları önlemleri sorgulayan anket formunun yüz yüze görüşülmesiyle toplanmıştır. Çalışma 1 Temmuz-3 Ağustos 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma örneklemine ise çalışma tarihleri arasında Erciyes'te bir Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Jinekoloji ve Perinatoloji servisinde tedavi gören kadınlardan oluşan 115 birey alınmıştır. Denekler basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmadan toplanan veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş, yüzdeler dilimlere ve ki-kare ile ifade edilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların %94.9'unun evli olduğu, %77.4'ünün çocuğunun olduğu ve %89.6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Olguların %79.1'inin sigara kullanmadığı, %73.9'unun meme kanseri yatkınlığını arttıran faktörleri bilmedikleri; faktörler hakkında bilgi sahibi olanların %20'sinin sigara, %3.5'inin genetik olarak belirttiği görülmüştür. %59.1'inin meme kanseri riskinin azaltılabileceğini, %63.5'inin meme kanserinin önlenebileceğini, %93'ünün meme kanserinde erken tanının önemli olduğunu düşündüğü saptanmıştır. %40.9'unun meme kanserinin kendi kendine meme muayenesi ile tespit edilebileceğini ifade ettikleri, %61.7'sinin kendi kendine meme muayenesinde fark edilebilecek değişikliklerin neler olduğunu bildiğini ve %55.7'sinin şişlik, %41.7'sinin kızarıklık, %2.6'sının akıntı olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. %59.1'i mamografinin ne olduğunu bilmediklerini ve %73'ü mamografi çektirirken koltuk altına deodorant, pudra, losyon sürmenin filmleri etkileyeceği hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirtmişlerdir. %84.3'ünün meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi sahibi olmadığı, %48.7'sinin erkeklerde meme kanseri görülmediğini düşündükleri, %52.2'sinin Ülkemizde meme kanserinin yaygın olduğunu, %71.3'ünün meme kanserinin ölümcül olduğunu düşündüğü ve %10.4'ünün ailesinde meme kanseri olduğu görülmüştür. Hastaların öğrenim durumu ile meme kanseri yatkınlığını arttıran faktörleri/mamografi hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<0.05).

**Sonuç**

Çalışma sonucunda 15-49 yaş grubu kadınların meme kanseri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Bu araştırma doğrultusunda araştırmacılar tarafından kadınlara meme kanseri konusunda bilgi verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

15-49 Yaş Kadın, Meme Kanseri, Bilgi Düzeyi

- Arş. Gör. ÖZLEM TEKİR, Ege Üniv. Hemşirelik Y. O. İç Hastalıkları Hemşireliği A.D. Araştırma Görevlisi - ozlemtekir\_10@hotmail.com
- MELTEM ÇOLAK, Balıkesir Üniv. Balıkesir Sağlık Y. O. Sağlık Memurluğu Bölümü Mezunu - meltem\_colak85@hotmail.com
- İMRAN AKYÜZ, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Y. O. Sağlık Memurluğu Bölümü Mezunu - sibirli852001@hotmail.com

**ADOLESAN GEBELERİN YAŞAM KALİTESİNİN YETİŞKİN GEBELERLE KARŞILAŞTIRILMASI****S. TAŞDEMİR, E. BALCI, O. GÜNAY****Giriş ve Amaç**

Bu araştırma, 20 yaşın altındaki gebelerin yaşam kalitesini değerlendirmek, çeşitli faktörlerin yaşam kalitesine etkisini incelemek ve 20 yaşın altındaki gebelerin yaşam kalitesini 20 - 29 yaş grubundaki kadınlarla karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma 2007 yılında Kayseri il merkezinde yapıldı. Kayseri il merkezindeki sağlık ocakları arasından seçilen altı sağlık ocağının kayıtlarından yararlanılarak, 20 yaş altındaki ve 20 - 29 yaş grubundaki gebe kadınlardan 180'er kadın seçildi. Bu kadınlar evlerinde ziyaret edilerek, sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile ilgili 36 sorudan oluşan bir anket formu ve SF-36 ölçeği uygulandı. Yirmi yaşın altındaki 147 ve 20-29 yaş grubundaki 156 gebe araştırma kapsamına alındı. Yaş grupları ve gebelik dönemlerinin yaşam kalitesi puanlarına etkisini değerlendirmek için Kovaryans Analizi uygulandı. Ekonomik durum, öğrenim düzeyi ve toplam gebelik sayısı kovaryant olarak alındı.

**Bulgular**

Adolesan gebelerin bedensel ağrı dışındaki bütün yaşam kalitesi boyutlarındaki puanları yetişkin gebelerden düşük bulundu. Gebelerin yaşam kalitesi puanlarının genel olarak birinci trimesterde düşük olduğu, ikinci trimesterde bir miktar yükseldiği, üçüncü trimesterde ise en düşük düzeye indiği belirlendi.

**Sonuç**

Adolesan gebelerin yaşam kalitesi puanları genel olarak yetişkin gebelerden önemli ölçüde düşüktür. Hem adolesan hem de yetişkin gebelerde, birinci ve üçüncü trimester döneminde yaşam kalitesi ikinci trimestere göre daha düşük bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler**

Adolesan, adult, gebelik, yaşam kalitesi

- ° Semiha TAŞDEMİR, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- ° Öğr. Gör. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ebalci@erciyes.edu.tr
- ° Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gunayos@erciyes.edu.tr

**AİLE HEKİMLİğİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA ANNE SAğLIğI HİZMETLERİNİN LOT KALİTE TEKNİğİ İLE DEğERLENDİRİLMESİ**

**Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Aslıhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK, Muzaffer ESKİOCAK**

**Giriş ve Amaç**

Bolu. 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir.

Sağlık hizmetlerinde sunum değişikliğine yol açan bu uygulamanın sağlık ocaklarının öncelikli hizmetlerinden biri olan anne sağlığı hizmetlerine etkisini saptamak amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem**

Bolu ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak iki yaşıa altında çocuğu olan anneler üzerinde yürütölen ve verileri 25-31 Mart 2008'de toplanan kesitsel tipteki bu araştırmanın doğruluğu - 6, güvenilirlik düzeyi %95, örnekleme büyüklüğü 304, örneklemin seçildiği hedef nüfus 251 796, toplam lot sayısı 38, minimum lot örnekleme büyüklüğü 8 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı)1 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formları aracılığı ile, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik öğrencileri ile Bolu Sağlık Müdürlüğü sağlık çalışanları tarafından annelerle yüz yüze görüşölerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "gebeliklerinde tetanos (Td) aşısı, evde doğum öncesi bakım (DÖB), doğum sonrası bakım (DSB), gebelikte demir desteği alıp almadığı, aile planlaması (AP) yöntem kullanımı, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) - iyotlu tuz kullanımı" konularında eğitim alıp almadığı, son altı ayda evde ziyaret edilip edilmediği ve iyotlu tuz kullanıp kullanmadığı sorulmuştur.

**Bulgular**

Araştırma grubundaki annelerin 168'inin 0-11 aylık bebeği vardır. Bu kadınların %87'si tetatnosa karşı uygun aşılanmışlardır. Annelerin %23'ü DÖB, %4'ü DSB hizmeti ve %84'ü gebeliğinde demir desteği aldığını ifade etmiştir. Gebeliğinde aile planlaması yöntem kullanma eğitimi aldığını belirten kadınların oranı %49 olup, herhangi bir AP yöntemi kullanan kadın oranı %67'dir.

İki yaşıandan küçük çocuğu olan kadınlardan %43'ü KKMM eğitimi; % 34'ü iyotlu tuz kullanımı eğitim aldığını ve %90'ı iyotlu tuz kullandığını belirtmiştir. Son altı ayda evde ziyaret edildiğini (15-49 yaşıa kadın izlemi) belirten kadın oranı yalnızca %10'dur.

**Sonuç**

Evde DÖB, DSB ve 15-49 yaşıa kadın izlemlerinin oranlarındaki düşüklük dikkat çekicidir. Gelecekte aynı yöntemle tekrarlanacak araştırmalar, izlem aısından karşılaştırılabilir veri sağlayacağı için daha değerli sonuçlar verecektir.

**Anahtar Kelimeler**

Lot Kalite Tekniği, Anne Sağlığı Hizmetleri, Aile Hekimliği, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniv. İzzet Baysal Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Aslıhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş.Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Faköltesi, Halk Sağlığı A.D.



**ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR HASTANESİ POLİKLİNİĞİNE VE PARK SAĞLIK OCAĞI AİLE PLANLAMASI ÜNİTESİNE BAŞVURAN KADINLARIN KADIN KONDOMU BİLME VE KULLANMA DURUMLARI****D. ÇALIŞKAN, B. H. SAKIZLIĞİL, M. E. OCAKTAN****Giriş ve Amaç**

Kadın kondomu erkek kondomuna alternatif, oldukça yeni kontraseptif yöntemdir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003'e göre kadınların %13'ü bu yöntemi bildiğini belirtmiştir. Kadın kondomu yalnızca cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) için yüksek riskli gruplarda değil tüm kadınlar için etkili bir bariyer yöntemdir. Bu nedenle çalışmamızda CYBE açısından yüksek ve düşük riskli kabul edilen iki farklı grupta kadın kondomunu bilme ve kullanma durumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu amaçla tanımlayıcı tipte planlanan çalışma kapsamında Ankara Büyükşehir Belediyesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi'ne (DZHH) kayıtlı olan 190 seks çalışması ile Park Sağlık Ocağı Aile Planlaması Ünitesi'ne (APÜ) 01 Mart -01 Mayıs 2007 tarihleri arasında başvuran aynı sayıda kadın ele alınmıştır. Araştırmaya katılım için başvuranlara çalışma konusunda bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile kişisel bilgileri ve kadın kondomu bilgi ve kullanım düzeylerini belirlemeye yönelik 13 sorudan oluşan bir anket formu ile toplanmıştır. Veri analizinde SPSS 11.0 programında ki kare ve logistik regresyon analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular**

DZHH'ne kayıtlı kadınların yaş ortalaması 40.04±9.33, ortalama çalışma süreleri 12.32±7.36 yıl, yarısı ilkökul mezunu. %42.5'i daha önce CYBE geçirdiğini bildirmiş, halen %59.8'i hap, %30.6'sı erkek kondomu ve %5.5'i tüp ligasyonu ile gebelikten korunduğunu belirtmiştir. APÜ başvuran kadınların yaş ortalaması 32.23±8.18, gelir getiren bir işte çalışma oranı %5.8, yarısı ilkökul mezunu. %2.1'i daha önce CYBE geçirdiğini bildirmiş, halen %29.2'u erkek kondomu, %28.7'si geri çekme, ve %25.3'ü rahim içi araç ile gebelikten korunduğunu belirtmiştir. DZHH grubunun %61.3'ü, APÜ grubunun %18.9'u kadın kondomunu bildiklerini belirtmişlerdir. Logistik regresyon analizinde gençlerin ve DZHH grubunun diğer gruplara göre daha yüksek oranda kadın kondomunu bildikleri görülmüştür. Kadın kondomu kullanma oranı DZHH grubunda (8kişi) APÜ grubuna (3kişi) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $X^2=2.26, p<0.05$ ). Halen bu yöntemi kullandığını belirten kadın olmamıştır. Bilgi, danışmanlık verildiği takdirde DZHH grubunda %69.4'ü, APÜ grubunda %30.5'i kadın kondomu kullanabileceklerini belirtmiştir.

**Sonuç**

Kadın kondomu CYBE açısından yüksek ve düşük risk grubundaki kadınlar tarafından az bilinmektedir. Kullanım oranı oldukça düşük olmasına karşın danışmanlık verilir ise her iki grubun da kullanma konusunda istekli olduğu görülmüştür. Kondom kullanılmadan olan tüm cinsel ilişkiler güvensiz olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hem yüksek hem de düşük riskli gruplarda alternatif bir bariyer seçenek olarak kadın kondomunun danışmanlık sürecinde ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler**

Kadın Kondomu, Bilgi Düzeyi, Kullanma Durumu, Seks Çalışması

- Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan, AÜTF Halk Sağlığı A.D. - caliskan@medicine.ankara.edu.tr
- Uzm. Dr. Bülent Hayri Sakızlıgil, Ankara Büyükşehir Belediyesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi -
- Yrd. Doç. Dr. Mine Esin Ocaktan, AÜTF Halk Sağlığı A.D.

## ANKARA'DA BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 25 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA OSTEOPOROZ BİLGİ DÜZEYİ

**M. E. OCAKTAN, T. D. YILMAZ, R. AKDUR**

### Giriş ve Amaç

Osteoporoz günümüzde giderek önemi artan ve halk sağlığı açısından dikkate alınması gereken bir sağlık sorunudur. Kemik yoğunluğunun devamı için ömür boyu kalsiyum alımı ve diğer koruyucu faktörlere uyulması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada Ankara Park Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 25 yaş ve üzeri kadınlarda osteoporoz hakkında bilgi düzeylerini saptamak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı/kesitsel tipteki bu araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim ve Araştırma Bölgesi olan Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Haziran-Ağustos 2008 tarihinde yürütülmüştür. Bölgede yaşayan 25 yaş ve üzeri 3707 kadından 300 kadın seçilerek sağlık evlerine ve yaş gruplarına göre tabakalanmıştır. Örneklem seçilen grubun 287'si (%96) araştırmaya katılmış olup, sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özellikler ile osteoporoz hakkında bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşan bir anket formu, sağlık evi hemşireleri tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Veriler SPSS programında bilgisayara girilmiş; istatistiksel analizde frekans testi, t testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan 287 kadının yaş ortalaması  $44.69 \pm 13.85$ 'tir. Katılımcıların %16.0 okuryazar değil, %51.6'sı ilkökul mezunu, %91.6'sı ev hanımı, %81.9'u evli, %9.8'inin sosyal güvencesi yok, %17.8'i asgari ücretin altında gelire sahip, %46.3'ü gecekonduda oturmaktadır. Osteoporoz hakkında bilgi aldığını belirtenler grubun %29,3'üdür. Osteoporozun ne olduğu sorusuna %56,1'i doğru yanıt vermiştir. Grubun sadece %14,6'sı hergün, düzenli fizik aktivite yapmaktadır. Kalsiyum içeren gıdalar almaya özen gösterenler araştırma grubunun %73,9'unu oluşturmaktadır. Osteoporoz bilgi düzeyi puan ortalaması  $9.3 \pm 4.8$  (min:0, mak:17) bulunmuştur. Osteoporozun çeşitli değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde öğrenim düzeyi ( $p=0,000$ ) ve gelir düzeyi arttıkça ( $p=0,000$ ) osteoporoz bilgi puanı ortalamaları artmıştır. Ayrıca, evde yaşayan kişi sayısı 4 ve daha az olanlarda ( $p=0,017$ ), apartmanda yaşayanlarda ( $p=0,000$ ), osteoporoz hakkında bilgi aldığını ifade edenlerde ( $p=0,000$ ), akrabalarında osteoporoz olanlarda ( $p=0,001$ ), kalsiyum içeren gıdalar almaya özen gösterenlerde ( $p=0,000$ ), osteoporozun ne olduğunu bilenlerde ( $p=0,000$ ), düzenli egzersiz yapanlarda ( $p=0,001$ ) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde diğer gruplardan yüksek bulunmuştur.

### Sonuç

Araştırmaya katılan grubun geneli için osteoporoz hakkında bilgi düzeyi yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Osteoporoz bilgi düzeyinin özellikle sosyoekonomik yönden dezavantajlı gruplarda daha düşük olduğu saptanmış bu sonuçlar doğrultusunda, özellikle bu gruplara öncelik verilerek eğitim verilmesi planlanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Kadın, Osteoporoz, Osteoporoz Bilgi Düzeyi

- Yrd. Doç. Dr. MİNE ESİN OCAKTAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - esin\_ocaktan@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. TUBA DUYGU YILMAZ, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - tubady@yahoo.com
- Prof. Dr. RECEP AKDUR, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - recepakdur@gmail.com

## BALIKESİR ÜNİVERSİTESİNDE OKUYAN KIZ ÖĞRENCİLERİN DOĞUM YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

S. TÜRKER, M. COLAK, İ. AKYÜZ

### Giriş ve Amaç

Çalışmamızın amacı, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde okuyan kız öğrenciler ile diğer bölümlerde okuyan kız öğrencilerin doğum yöntemlerine ait düşünceleri arasındaki farklılıkları saptamak bu öğrencilerin eğitim ihtiyaçlarını belirlemektir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmada, evreni Balıkesir merkezde bulunan iki yüksekokulun kız öğrencileri oluşturmuştur. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ebelik bölümünde okuyan ve doğum bilgisi dersi alan 101 öğrencinin tamamına, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu bölümlerinde okuyan 135 kız öğrenciden ise görüşmeyi kabul eden 109 öğrenciye ulaşılmıştır. Veriler 03.03.2008-28.03.2008 tarihleri arasında anket formu aracılığıyla ve yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Veriler, SPSS 10.0 programında yüzdeler ve frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi ve gruplar arası karşılaştırmalarda ki kare testi kullanıldı. Bağımsız değişkenler: yaşanılan yer, bilgi kaynakları, okuduğu bölüm olup bağımlı değişkenler: doğum yöntemleri hakkındaki düşünceleri, doğum tercihleri, eğitim ihtiyaçlarıdır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının  $20.8 \pm 1.5$  olduğu, %65.7'sinin il merkezinde yaşadığı görüldü. Öğrencilerin %94.3'ü doğum konusunda bilgisi olduğunu belirttiği, bilgisi olanların %58.6'nın bu bilgiyi okul eğitiminden, %16.2'nin sağlık personelinin aldığı görüldü. Öğrencilerin doğuma ait düşünceleri irdelendiğinde: %99'u normal doğumda iyileşmenin hızlı olduğunu, %69'u sezaryen doğumda ağrının fazla olacağını ifade etti. Öğrencilerin %76.2'si sezaryen ile doğumu riskli buluyordu. Riskli bulanların %56.5'i kanamanın daha fazla olmasını ve dikişlerde açılmanın olmasını neden olarak gösterdi. Öğrencilerin %96.2'si ileride çocuk sahip olmak istiyordu. Doğum tercihleri sorgulandığında %91'inin normal doğumu tercih edeceği bulundu. Normal doğumu tercih edenlerin %61.3'ü narkoz almayacağı ve doğal yöntem olduğu için seçeceğini ifade etti. Sezaryen doğumu seçen grubun %84.2'si ağrının daha az olmasını neden olarak gösterdi. Eğitim çalışması yapıldığında %47'si gebelikten korunma, doğum yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim almak istedikleri görüldü. %83.7'si bu eğitimin küçük gruplar halinde olmasını istediği bulundu. Yapılan ikili karşılaştırmalarda diğer bölümlerde okuyan öğrencilerin sezaryen ile doğumun daha az ağrılı bulma durumları sağlık yüksekokulu öğrencilerine göre istatistiksel olarak arttığı saptandı ( $p < 0.05$ ).

### Sonuç

Sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin doğum konusunda düşünceleri olumlu bulunurken, diğer bölümlerde okuyan öğrencilerin yanlış bilgiye dayanan düşüncelerinin olduğu ve eğitime ihtiyaç duydukları sonucuna varıldı. Yapılacak düzenli eğitim çalışmalarıyla doğum tekniklerine ait doğru bilgilerin verilmesi önerilebilir.

### Anahtar Kelimeler

Üniversite Öğrencisi, Doğum Yöntemleri, Eğitim

- MELTEM ÇOLAK, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - meltem\_colak85@hotmail.com
- Öğr. Gör. SEMİHAT TÜRKER, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - semihatturker@hotmail.com
- İMRAN AKYÜZ, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - imran\_16@live.com

## BİR EĞİTİM HASTANESİ KADIN SAĞLIK PERSONELİNİN DOĞUM ŞEKLİ KARARINA YAKLAŞIMI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**M. A. BABAYİĞİT, A. ERGÜN, T. TÜRKER, H. AKSOY, S. CEYLAN**

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma sağlık personelinin doğum yapma şekli tercihini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı bir epidemiyolojik araştırmadır. Araştırmanın evrenini GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan bütün kadın sağlık personeli (N=1050) oluşturmaktadır. Bir örneklem seçilmemiş evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır (kapsayıcılık: %43,9). Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen bir soru formu kullanılmıştır. Soru formu 38 sorudan oluşmuş olup, veri toplama işlemi Haziran-Ağustos 2007 tarihleri arasında soru formunun gözlem altında uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Analizler SPSS for Windows paket programı ile yapılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 32,0±6,8 yıl olup %33,3'ü 35 yaş ve üzerindedir (N=461). İlk evlenme yaşı ortalaması 22,9±3,5, ilk doğum yaşı ortalaması 24,5±3,8 yıldır. Katılımcıların %71,6'sı (330 kişi) yükseköğretim ve fakülte mezunu. %45,3'ü (209 kişi) hemşiredir. Araştırmaya katılanların %65,5'i evli, %52,1'i en az bir doğum yapmıştır. İlk doğumu sezaryen ile gerçekleştirenlerin oranı %38,8 (93 kişi), ikinci doğumu sezaryen olanların oranı %40'tır. Son doğumun gerçekleştiği yer GATA olan katılımcıların oranı %67,2 iken, özel bir hastanede doğum yapanların oranı %12,6'dır. Son doğumu asistan ve uzmanlar tarafından gerçekleştirilenler katılımcıların %54,4'ü iken, öğretim üyesi tarafından gerçekleştirilenler %36,7'sidir. Normal yolla doğum yapma nedeni için son doğumu normal yolla gerçekleştiren katılımcıların %42,5'i "doğal bir durum", %27,5'i "kendi isteği", %19,0'u "doktorunun önerisi", cevabını verirken; son doğumu sezaryenle gerçekleştirenlerin %67,1'i "tıbbi bir endikasyon nedeniyle", %13,0'ü "kendi isteği", %5,5'i "normal doğum ağırlı olduğu için" cevabını vermiştir. Normal yolla doğum yapanların %54,7'si günlük aktiviteye 24 saat içerisinde başladıklarını ifade ederken, sezaryenle doğum yapanların %64,0'ü günlük aktiviteye 48 saatten sonra başladıklarını ifade etmişlerdir. Normal yolla doğum yapanların %96,4'ü bebeğini emzirmeye 24 saat içerisinde başladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %76,4'ü en güvenilir doğum şeklinin "normal doğum" olduğunu, %76,2'si komplikasyonları en fazla olan doğum şeklinin "sezaryen" olduğunu, %92,7'si "doğumun fizyolojik bir olay" olduğunu, %58,5'i bebeğin sezaryenle doğumda daha olumsuz etkilenebileceğini, %96,0'ı en maliyetli doğum şeklinin sezaryen olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %48,7'si tıbbi neden olmaksızın isteğe göre sezaryen ile doğum yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bir yıl içerisinde gerçekleştirebilecek doğumunu katılımcıların %51,0'ı "özel bir hastane"de, %70,0'i "normal yolla" gerçekleştirmek istediğini belirtmiştir. Katılımcıların %40,0'ı doğum şekli kararında en önemli faktörün doktorun tavsiyesi olduğunu, %22,0'si doğumun ağırlı/ağrısız gerçekleşmesi olduğunu, %14,6'sı bebeğe ait korku ve endişeler olduğunu belirtmişlerdir.

### Sonuç

Bu çalışmaya göre katılımcıların çoğu en güvenilir doğum şeklinin normal doğum olduğunu, yine yapacak olsalar normal yolla doğum yapmak istediklerini belirtmelerine rağmen doğum şekli kararını verirken daha çok doktor tavsiyesine göre hareket etmektedirler. Doğum konusunda en önemli görevi üstlenmiş olan kadın hastahıkları ve doğum asistan ve uzmanlarının anne adaylarına doğum yapma şekli ve riskleri ile ilgili yeterli derecede bilgilendirme yapmaları çözüme katkı sağlayacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Doğum şekli kararı, sezaryen, normal doğum, sağlık personeli

- Arş. Gör. Dr. Mustafa Alparslan BABAYİĞİT, GATA - musalpbaba@yahoo.com
- Prof. Dr. Ali ERGÜN, GATA - aergun@gata.edu.tr
- Uzm. Dr. Türker TÜRKER, GATA - doktorturker@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Hüseyin AKSOY, GATA - drhusaksoy77@hotmail.com
- Doç. Dr. Süleyman CEYLAN, GATA - sceylan@gata.edu.tr

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBELERDE BEBEKTE CİNSİYET TERCİHİ ve ETKİLİ ETMENLER****S. KOCADAĞ, E. BARAN****Giriş ve Amaç**

Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de bebeklerde cinsiyet tercihinin erkek bebekten yana olduğu bilinen bir gerçektir. Bebeklerde cinsiyet tercihlerinin nedenleri ve onu etkileyen etmenler hakkındaki çalışmalar azdır. Çalışma bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin bebekte cinsiyet tercihleri ve etkili etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

AÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 01 Haziran - 01 Temmuz 2008 tarihleri arasında başvuran gebelerde yapılan kesitsel tipteki çalışmamızın evrenini: görüşmeyi kabul eden 120 gebe oluşturmuştur. Anket formları gebelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

**Bulgular**

Gebelerin yaş ortalaması  $26.2 \pm 4.8$  (min-maks: 17-40)’dir. Gebelerin 56 (%46.7)’si ve eşlerinin 61 (%50.8)’i lise mezunudur. İlk gebeliği olan kadınların sayısı 59 (%49.2)’dur. Gebeliklerin 26’sı (%21.7)’si istenmeyen gebeliktir. Cinsiyet tercihi olan 65 (%54.2) gebenin 46 (%70.8)’si kız cinsiyeti tercih etmektedir. Kocalarının cinsiyet tercihleri olduğunu belirten 68 (%56.7) gebeden 43 (%63.2)’ü erkek çocuk tercih ettiklerini belirtmiştir. Gebelerin ve eşlerinin cinsiyet tercihlerinin nedenleri sorulduğunda kız ya da erkek çocuk sevdiğini belirtenlerin sayısı sırasıyla 24 (%36.9), 27 (%40.3) iken ilk çocuğun cinsiyetine göre diğer cinsiyeti tercih edenlerin sayısı da sırasıyla 24 (%36.9), 11 (%16.4)’dir. Gebelerin eşlerinin diğer tercih nedenleri içinde soyun devamı için erkek cinsiyetini tercih edenlerin sayısı 10 (%14.9) iken kız çocuğunu bu devirde büyütme zor diyenlerin sayısı 5 (%7.5)’tir. Eşlerinin anne-babalarının cinsiyet tercihleri olduğunu belirten 42 (%35) gebeden 17 (%41.5)’si soyun devamı için erkek cinsiyetini tercih ettiklerini belirtmiştir. Gebelerde, eşlerinde ve eşlerinin anne-babalarında cinsiyet tercihleri ve etkili etmenlerle ilgili (öğrenim durumu, eşinin mesleği, sosyal güvence, gebeliğin istenip istenmediği, ilk çocuğun cinsiyeti) istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

**Sonuç**

Gebelerin erkek çocuk tercih nedenleri içinde soyun devamı yanıtı verilmemişken, eşlerinde ve eşlerinin anne-babalarının tercihlerinde bu durum belirtilmiştir. Türkiye’de bölgesel farklılıklar da düşünüldüğünde erkek çocuk tercih edilmesinin cinsiyet ayrımcılığına-eşitsizliğine yol açtığı görülmektedir. Bebeklerin cinsiyet tercihi konusunda halkın daha çok bilgilendirilmesi önerilmekte, sorunun kısa ve uzun vadeli programlarla çözülebilmesi mümkün görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Bebekte cinsiyet tercihi, cinsiyet ayrımcılığı, gebe

- Arş. Gör. Dr. Sabahattin KOCADAĞ, AÜTF - kocadağsa@yahoo.com.tr
- Arş. Gör. Dr. Emine BARAN, AÜTF - eminibaran@yahoo.com

**CHAMPION'UN SAğLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEğİNE GÖRE KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ UYGULAMASINA İLİŞKİN İNANÇLARININ DEğERLENDİRİLMESİ (DENİZ KUVVETLERİ KOMUTANLIğI ÖRNEğİ)****B. İŞCAN, N. ATAĞ, B. KARA****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma, kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulaması ile ilgili inançlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma kesitsel bir araştırma olup, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı'nda görev yapan 174 kadın sivil görevli üzerinde yürütölmüŐtür. Veri toplama aracı olarak "Bilgi Toplama Formu" ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tek yönlü varyans analizi, Mann-Whitney U testi lojistik regresyon analizi kullanılmış; yanılma olasılığı .05 olarak alınmıştır.

**Bulgular**

Araştırma grubunun % 69'u KKMM uygulaması ile ilgili bilgi sahibi olup, % 62'si KKMM uygulamakta, % 26.2'si düzenli olarak her ay KKMM uygulamaktadır. KKMM uygulama sıklığındaki deęiŐkenliđin % 25'i Sağlık İnanç Modeli bileşenleri ile açıklanmaktadır. En yüksek puan algılanan yarar; en düşük puan ise algılanan engeller boyutundan alınmıştır. KKMM uygulama sıklığı öğrenim düzeyi, aile öyküsü, KKMM uygulama durumu, uygulama ile ilgili bilgi sahibi olunması ve KKMM uygulamasına ilişkin inançlar ile ilişkili bulunmuştur.

**Sonuç**

KKMM uygulaması kadınların sağlık inançlarından etkilenmektedir. Uygulama sıklığının artırılması için uygulama ile ilgili algılanan yarar vurgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Kendi kendine meme muayenesi, Sağlık İnanç Modeli, Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

- Uzm.Dr. Bahar İŞcan, Deniz Kuvvetleri - sb.kara@mynet.com
- Doç. Dr. Nazlı Atak, Ankara Üniversitesi - nazliatak@yahoo.com
- Dr. Belgüzar Kara, Diyarbakır Hastanesi - sb.kara@mynet.com

**ÇANAKKALE AİLE PLANLAMASI KLİNİĞİNE KÜRTAJ İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN KÜRTAJDAN SONRAKİ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****A. ÖZKAN, D. YILMAZ****Giriş ve Amaç**

Aile Planlamasının önemli hedeflerinden biri istenmeyen gebeliklerin önlenmesi olduğundan, isteyerek yapılan düşüklerin aile planlaması hizmetleri arasında ayrı bir önemi bulunmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin en önemli sebebi kontrasepsiyon yönteminin yanlış veya eksik kullanılmasıdır. İsteyerek yapılan ve anne sağlığını tehlikeye sokan düşükler, etkili aile planlaması yöntemlerinin öğretilmesi ve kullanımlarının sağlanması ile önenebilir.

Bu araştırmaya: istemli kürtaj yaptırmaya öyküsü olan kadınların kürtaja başvurma nedenlerini belirlemek, kürtajdan sonra kadınlarda anksiyete varlığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma, Aralık 2007-Mart 2008 tarihleri arasında Çanakkale Devlet Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine isteğe bağlı kürtaj için başvuran 15-49 yaş grubundaki 52 evli kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile kadınlarla görüşülerek anket formu uygulanmıştır. Anket formu kapsamındaki kadınların sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküleri ve kullandıkları Aile Planlaması yöntemleri sorgulanıp Beck Anksiyete ölçeği uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 14.0 ( Statistical Package for Social Sciences ) programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi ve Oneway (Anova) Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi " $p < 0.05$ " kabul edilmiştir.

**Bulgular**

İncelenen örneklem içindeki kadınların %36.5'inin daha önce de kürtaj yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kadınların en çok kürtaj olma nedenleri arasında "Ekonomik güçlük" ve "Son çocuğun küçük olması" gelmektedir. Kürtaja başvurma sıklığını etkileyen faktörler incelendiğinde: eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, eşinin eğitim durumu, evlilik süreleri, toplam gebelik sayıları ve kullandıkları Aile Planlaması yöntemlerinin kürtaj olma sıklığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kürtaj olan kadınlarda anksiyete puanlarına bakıldığında; kadınların yaşları, evlilik süreleri ve toplam gebelik sayıları azaldıkça anksiyete düzeyinin yükseldiği görülmüştür.

**Sonuç**

Araştırmamızın sonucunda da etkili aile planlaması hizmetinin istenmeyen gebeliklerin oluşmasını önleyerek, kadın sağlığını korunmasında fiziksel yönden olduğu kadar ruhsal yönden de yararlı olacağını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Kürtaj, aile planlaması, anksiyete

- Öğr. Gör. Arife ÖZKAN, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu - arifeozkan@hotmail.com
- Duygu YILMAZ, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu - duygunm86@gmail.com

## ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ YÜKSEK OKULU'NDA OKUYAN ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI VE ACİL KONTRASEPSİYON BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

S. VURUR, Ö. TOKER, M. YALÇIN, G. ASLAN

### Giriş ve Amaç

Ülkemizde erken yaş gebelikleri, sık aralıklarla gebelik ve doğum, çok çocukluluk ve istenmeyen gebelik gibi, iyi bir aile planlaması programı ile önenebilecek sorunlar varlığını sürdürmektedir. Ülkemizde istenmeyen gebeliklerin, her yıl 20 milyon güvenli olmayan düşüğe ve 80.000 kadının ölümüne neden olduğu bilinmektedir.

Kadın yaşamına getireceği riskler açısından AK(acil kontrasepsiyon) ve AP(aile planlaması) hizmetlerinde etkin rol ve sorumluluklar üstlenen sağlık personelinin önemi yadsınamaz bir gerçektir.

Çalışmamız, ÇOMU Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin AP ve AK bilgi düzeylerini saptamak ve bu konudaki eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini ÇOMU Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda okumakta olan 361 öğrenci oluşturmuştur. Veriler 01.03.2008-15.03.2008 tarihleri arasında anket formu yardımıyla toplanmış ve SPSS 13.0 paket programında yüzdelik hesapları ve ki-kare testinden yararlanılarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Çalışmamızda öğrencilerin %58.4'ünün A.P tanımını bildiği, 1.,2.,3. ve 4. sınıfların aile planlamasının tanımını hakkındaki bilgileri incelendiğinde oranların sınıflarla orantılı olarak yükseldiği saptanmıştır.Cinsiyete göre A.P yöntemlerinin kullanılmasında sorumluluğu kimin alması konusu incelendiğinde kızların %86.9'u (n=253), erkeklerin %88.6'sı (n=62) eşlerin her ikisinin de sorumluluğu alması gereklidir demiştir. Öğrencilerin %74.2'sinin (n=268) iki çocuk isterken %22.5'inin (n=91) üç ve üzeri çocuk düşündüğü saptanmıştır. Öğrencilerin aile planlamasıyla ilgili bilgi edinme kaynaklarında ilk sırada %81.4 (n=294) ile okuldaki eğitim gelmektedir. Öğrencilerin bilgi sahibi olduğunu düşündükleri aile planlaması yöntemleri incelendiğinde; en çok bilinen yöntemin doğum kontrol hapları olduğu (%97.3) ve bunu da sırasıyla rahim içi araç (%95.5), tüp ligasyonu (%89.7), kondom (%86.6), takvim yöntemi (%76.6), geri çekme (%74.6), norplant (%73.2), vazektomi (%69.4), spermisit (%55.2) takip etmektedir.Çalışmada öğrencilerin, %57'sinin A.K'un kullanım zamanını bilmediği, fakat %80.3'ünün hangi durumlarda kullanılması gerektiğini bildiği saptanmıştır.Yüksek doz kombine doğum kontrol hapının ilk dozunun korunmasız ilişki sonrası ilk 72 saat içinde alınması gerekliliği bilgisi incelendiğinde; %57.0'ının bunu bilmediği belirlenmiştir.

### Sonuç

AK ve diğer AP yöntemleriyle ilgili sağlıklı tutum ve davranışları geliştirebilmeleri için daha kapsamlı araştırmalar ve eğitimlerle bu konudaki duyarlılığa ulaşılacağı ve eksikliklerin giderilebileceği düşünülmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Aile planlaması, Acil kontrasepsiyon, AP ve AK bilgi düzeyi

- Öğr. Gör. Sevda VURUR, ÇOMÜ - svurur99@comu.edu.tr
- Özge TOKER, ÇOMÜ
- Arş. Gör. Melike YALÇIN, ÇOMÜ
- Gülşen ASLAN, ÇOMÜ



**DOĞUM SONRASI VERİLEN BEBEK BAKIMI EĞİTİMİNİN ANNENİN BEBEK BAKIMINA ETKİSİ****S. VURUR, P. TİRYAKİOĞLU, E. SEVİNÇ, G. ASLAN, Ö. TOKER****Giriş ve Amaç**

Araştırma kapsamında, doğum sonrası anneye verilen bebek bakımı eğitiminin, annenin bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyi ve uygulamaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evreni doğum yapmış kadınlardır. Örnek grubu olarak Çanakkale’de bir özel hastanede 2 ay süre ile doğum yapmış olan kadınlar seçilmiştir. Çalışma deneysel tipte bir çalışmadır. Çalışmada annelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 4 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, gebelikle ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik 7 soru ve bebek bakımı ile ilgili eğitim öncesi bilgilerini ölçmek için ve eğitim sonrası bilgilerini ölçmek, gözlemek için 20 sorudan oluşan anket formundan yararlanılmıştır. Birebir görüşme tekniği kullanılarak uygulanmış, ön uygulamada bir anketin cevaplandırılması 10 dakika sürmüştür, son uygulama da ise anketin cevaplandırılması ve gözlemlenmesi 20 dakika sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik, ki-kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamına alınan annelerin %50.0’si 30-39 yaş grubunda, %46.2’si lise mezunu, %52.5’i ev hanımı, %81.2’si çekirdek aileye sahip oldukları saptanmıştır. Annelerin %77.5’inin gebeliği planlı gebeliktir. Çalışmada annelerin %88.8’i S/C(sezaryen) %11.2’si NSD(normal doğum) ile doğum yapmışlardır. S/C ile doğumların %81.2’si epidural ve spinal %8.8’i genel anestezi ile yapılmıştır. Doğumdan hemen sonra, bebeklerin %91.2’si annenin odasında kalmıştır. %8.8’i ise anne ile aynı odada kalmamıştır.

Araştırmada yeni doğum yapan annelerin bebek bakımı konusundaki eğitim öncesi bilgi puanları 20 puan üzerinden  $10.56 \pm 4.081$ ; eğitim sonrası,  $16.56 \pm 2.359$  olduğu, bilgi puanlarının verilen eğitimle yükseldiği görülmüştür ( $t=-15.032$ ,  $p<0.05$ ).

Eğitim öncesi annelerin bebeğinin göbek bakımı konusundaki bilgi düzeyi %24.3 iken, eğitim sonrası bilgi düzeyleri %86.3’e çıkmıştır( $X^2=44.180$ ,  $p<0.05$ ).

Eğitim öncesi annelerin genital bölge bakımı konusundaki bilgi düzeyleri %56.3 iken eğitim sonrası %88.8’e çıkmıştır( $X^2=20.833$ ,  $p<0.05$ ).

Eğitim öncesi annelerin bebeğinin ağız bakımı konusundaki bilgi düzeyleri %13.8 iken, eğitim sonrası bilgi düzeyleri %87.5’e çıkmıştır( $X^2=55.148$ ,  $p<0.05$ ).

Eğitim öncesi, annelerin bebeğinin cilt bakımı konusundaki bilgi düzeyleri %42.5 iken, eğitim sonrası bilgi düzeyi ve cilt bakımı yapma oranı %68.8’e çıkmıştır( $X^2=10.256$ ,  $p<0.05$ ). Eğitim öncesi, annelerin bebeğinin sarılığı ile ilgili bilgi düzeyleri %67.5 iken, eğitim sonrası %91.2’ye çıkmıştır(Fisher’s kesin testi  $p=0.034$ ,  $p<0.05$ ).

**Sonuç**

Araştırmamıza göre pospartum bakım hizmeti vermek annenin bebek bakımına katkısını olumlu yönde etkilemiştir. Tüm sağlık çalışanları bu konuya önem vermelidir. Bu dönemde anneye eğitim için ayrılan zaman, bebek bakım kalitesini artırırken hem anne hem de bebek sağlığını koruyucu davranışlarını da artırır.

**Anahtar Kelimeler**

Yenidoğan, bebek bakım, anne eğitimi

- Öğr. Gör. SEVDA VURUR, ÇOMÜ - svurur99@comu.edu.tr
- PINAR TİRYAKİOĞLU, ÇOMÜ
- EMİNE SEVİNÇ, Çanakkale Özel Anadolu Hastanesi -
- GÜLŞEN ASLAN, ÇOMÜ
- ÖZGE TOKER, ÇOMÜ

**EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİ'NİN 1. YILINDA DOĞUM SONRASI AP HİZMETLERİNİN DURUMU**

**M. ESKİOCAK, G. VAROL SARAÇOĞLU, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, U. ZİYREK, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ**

**Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne'de Aile Planlaması (AP) hizmetlerinin durumunu saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Şubat 2008'da Edirne ilini temsil edici bir örneklemede gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılarca hazırlanan yapılandırılmış anket formları aracılığıyla, bu konuda eğitilmiş tıp, hemşirelik öğrencileri ve hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örneklem Büyüklüğü Belirleme Tablosundan % 5 ± doğruluk (accuracy) ve % 95 Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, 2 yaş altında 400 çocuk ve annesi ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocukların seçimi, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, yazılı bir rehberin yardımıyla tanımlanmış bir yöntemle uygun katılımcıları bulana dek kapı kapı gezerek yapılmıştır. Görüşme anında katılımcılara "Aile planlaması hizmetleri" için öngörülen hizmetlerden yararlanma durumlarını tespit etmeye yönelik sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır

**Bulgular**

Bir yaşından küçük bebeği olup son gebeliğinde ASE/ASM aracılığıyla AP yöntemi konusunda eğitim alma sıklığı %38.1'dir (86/226). Bu oran kentsel alanda yaşayanlarda %38.7 (65/168), kırsal alanda yaşayanlarda % 36.2'dir (21/58).

Bir yaşından küçük bebeği olan kadınlar (n: 221) arasında herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların oranı %57.0, ken ve kırsal alanda yaşayanlar için sırasıyla % 60 ve 4.9'dur.

AP yöntemi kullananlar arasında modern yöntem kullanım sıklığı %81.1'dir. Ancak modern AP yöntemi kullanımı kentte kırsal yerleşime göre anlamlı derecede yüksektir ( sırasıyla % 87 ve 67; - 2=7.3, p=0.07).

AP hizmetinin kaynağı kentte yaşayanlar için %47.8 (43/90); kırsaldakiler için ise %46.4 (13/28) olmak üzere kamudur.

**Sonuç**

Elde edilen bu sonuçlar ışığında, aile hekimliğinin 1. yılında kadın ve çocuk sağlığında yaşamsal öneme sahip AP hizmetlerinin sunumunda, evlerde verilmesi beklenen doğum sonrası AP danışmanlık ve yöntem sağlama hizmetlerinin düşük oranda verildiği, ücretsiz olarak dağıtılması gereken yöntem sunumundaki eksiklikler nedeniyle halkın bu hizmetleri daha çok özelden karşıladığı izlenmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Aile Planlaması, dezavantajlı gruplar, aile hekimliği, lot kalite

- Doç. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK, TRAKYA ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI - muzaffereskiocak@yahoo.co.uk
- Yrd. Doç. Dr. GAMZE VAROL SARAÇOĞLU, NAMIK KEMAL ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Arş. Gör. HASAN DEDELER, TRAKYA ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU, TRAKYA ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Arş. Gör. Dr. UĞUR ZİYREK, TRAKYA ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Arş. Gör. Dr. NAGİHAN GÜNÇIKAN, TRAKYA ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Yrd. Doç. Dr. SEVAL ALKOY, ABANT İZZET BAYSAL ÜNİV.TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Prof. Dr. FARUK YORULMAZ

**EDİRNE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN BİRİNCİ YILINDA ANA SAĞLIĞI HİZMETLERİ, 2008****G. VAROL SARACIOĞLU, M. ESKİOCAK, H. DEDELER, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, U. ZİYREK, N. GÜNÇİKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ****Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne'de ana sağlığı hizmetlerinin durumunu saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Şubat 2008'da Edirne ilini temsil edici bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılarca hazırlanan yapılandırılmış anket formları aracılığıyla, eğitimli tıp, hemşirelik öğrencileri ve hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örnekleme büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örnekleme Büyüklüğü Belirleme Tablosundan  $5\pm$  doğruluk/accuracy ve  $95$  Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, iki yaşından küçük çocuğu olan 400 anne ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocukların seçimi, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, standart bir rehber ve yöntemle uygun katılımcıları bulana dek gezerek yapılmıştır. Görüşme anında katılımcılara "Ana sağlığı hizmetleri" için öngörülen hizmetlerden yararlanma durumlarını tespitine yönelik sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır

**Bulgular**

Annelerin son hamileliklerinde tetanos ile aşılama durumu incelendiğinde  $70$ 'inin aşılı;  $10.8$ 'inin tetanos aşısının olmadığı belirlenmiştir.

Bebeği olan kadın sayısı 230'dur. Bu kadınların 168'i kentte yaşamaktadır ( $73$ ). Bir yaş altında bebeği olan kadınlar arasında son gebeliğinde doğum öncesi bakım (DÖB) alma oranı  $20.4$ 'tür. Bu hizmetin alımı yerleşim yerine göre incelendiğinde evde DÖB alma açısından kenttekiler aleyhine anlamlı fark vardır ( $p=0.020$ ,  $X^2=5.4$ ) Bu hizmeti alma durumu etnisiteye göre incelendiğinde oranı romanlarda  $30.4$  ( $7/23$ ), roman olmayanlarda ise  $19.4$  ( $40/206$ ) olarak bulunmuştur.

Bir yaşın altında bebeği olan kadınların evde doğum sonrası bakım (DSB) alma oranı  $9.3$ 'tür ( $21/226$ ). Bu oran romanlarda  $8.7$ 'dir ( $2/23$ ). Son gebeliğinde aile sağlığı elemanı/aile sağlığı merkezi aracılığıyla demir desteği alanların oranı  $75.1$ 'dir ( $172/229$ ). Araştırmaya katılan tüm kadınlar arasında son altı ay içinde bir ebe/ASE tarafından evinde ziyaret edilenlerin sayısı  $42/395$ 'dir ( $10.6$ ). Bu hizmetin yerleşim yerine göre dağılımı incelendiğinde kenttekiler aleyhine anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.0001$ ,  $X^2=17.3$ )

**Sonuç**

Ebe/ASE tarafından evinde ziyaret edilenler  $10$  dolayındadır. Bu hizmet kentte daha sorunludur.

Bir yaş altında bebeği olan kadınlar arasında son gebeliğinde DÖB alma oranı  $20.4$ 'tür ve çok yetersizdir. Demir desteği alanların oranı  $75$  ile yetersiz bulunmuştur. Yukarıdaki bilgiler ışığında AH uygulamasının birinci yılında birinci basamakta sunulan ana sağlığı hizmetlerinde sorun olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Ana sağlığı, dezavantajlı gruplar, doğum öncesi bakım, aile hekimliği

- Yrd. Doç. Dr. GAMZE VAROL SARAÇIOĞLU, NAMIK KEMAL ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gsaracoglu@nku.edu.tr
- Doç. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. HASAN DEDELER, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. UĞUR ZİYREK, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Arş. Gör. NAGİHAN GÜNÇİKAN, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Yrd. Doç. Dr. SEVAL ALKOY, ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- Prof. Dr. FARUK YORULMAZ, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.

**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM I ÖĞRENCİLERİNİN AİLE PLANLAMASI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**

**Melis NAÇAR, Zeynep BAYKAN, Şule Selin AKYAN, Mehmet Ali NARSAT, Tuncay ÖNAL, Celal ÖZDAMAR**

**Giriş ve Amaç**

Gençlikte aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda doğru bilgilendirme çok önemlidir. Bu çalışmada Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) dönem bir öğrencilerinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (AP ve CYBH) konularındaki bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma EÜTF dönem bir öğrencileri üzerinde 2008 Nisan ayında yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmaya 131 EÜTF dönem bir öğrencisinden 97'si katılmıştır (%74.0). Araştırma verileri yedisi tanımlayıcı ve yirmisi bilgi sorusu olmak üzere toplam 27 sorudan oluşan bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Bilgi soruları önermeler olarak verilmiş, öğrenciler doğru-yanlış ve bilmiyorum seçeneklerinden birini işaretlemişlerdir. Bilgi soruları için her bir doğru cevaba beş puan verilerek anket toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni bilgi puanı, bağımsız değişkeni ise cinsiyet, ikamet ettiği yer ve annenin eğitim durumu olarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde student t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Grubun yaş ortalaması 19.1±1.1 olup, %51.5'i kadın, %48.5'i erkekti. Öğrencilerin bilgi puanları ortalaması 37.4±15.7 (Kadınlar 34.8±15.5 / Erkekler 40.1±15.7) idi. Kadınlarla erkekler arasında bilgi puanları açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. AP'nin bebek ölümlerini azaltması (%95.6) en çok bilinen; smear testinin aktif cinsel hayata başlamış kadınların düzenli olarak yaptırması gereken bir test olduğu (%3.1) en az bilinen sorulardandı. AP tanımını öğrencilerin %27.8'i, tüpleri bağlanan kadının adet görebileceğini %39.2'si, vazektominin iktidarsızlığa neden olmayacağını %27.8'i, kondomun bir kez kullanılabilceğini %52.6'sı, vajinadan veya penisten gelen akıntının CYBH belirtisi olabileceğini %17.5'i doğru olarak bilmekteydi. Öğrencilerin bilgi puanları ile cinsiyet, ikamet ettiği yer ve annenin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (p>0.05). AP ve CYBH hakkında bilgi alma kaynakları; arkadaş (%33.0), internet (%33.0), medya (%30.9), okul (%16.5), aile (%14.4) olarak belirtilmiştir.

**Sonuç**

Sonuç olarak EÜTF dönem bir öğrencilerinin AP ve CYBH konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bilgi düzeylerini arttırmak için yapılan panel sonrasında anket uygulamasının tekrarlanması planlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler**

Tıp öğrencisi, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalık, bilgi.

- Yrd. Doç. Dr. Melis Naçar, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı - mncar@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Zeynep Baykan, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı - zbaykan@erciyes.edu.tr
- Şule Selin Akyan, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi - selin@yahoo.com
- Mehmet Ali Narsat, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi - narsat@yahoo.com
- Tuncay Önal, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi - tuncay@yahoo.com
- Celal Özdamar, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi - ozdamar@hotmail.com

**ESKİŞEHİR İLİ KIRSAL KESİMDE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARIN MENOPOZ SEMPTOMLARI VE YAKLAŞIMLARI****Selma METİNTAŞ, İnci ARIKAN, Cemalettin KALYONCU****Giriş ve Amaç**

Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, bir kadın ömrünün ortalama 1/3'ünü menopoza geçirmektedir. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesi düzeyinin ve ilişkili faktörlerinin belirlenmesi kadın sağlığını geliştirmek için önemlidir. Çalışmanın amacı, Eskişehir kırsal alanında yaşayan 40-69 yaşları arasında kadınlarda, menopoz semptomlarının şiddeti ile kadınların menopoz karşısındaki tutum ve davranışlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmanın örnek hacmi, 40 yaş üzeri kadınlarda menopoz semptomlarının sıklığı %50, %95 güven düzeyinde ve %5 hata payı ile 384 kadın olarak hesaplandı. Çalışma evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yer alan Beylikova ve Alpu ilçeleri'ndeki üç Aile Sağlığı Merkezleri'nden rastgele örnekleme belirlenen bir'inde kayıtlı bulunan 40-69 yaş arası 400 kadın oluşturdu. Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri tarafından uygulanan anket, kadınların sosyodemografik özellikleri, reproduktif özellikleri ile menopozla ilgili düşünceleri, bilgi düzeyleri ve uygulamalarını sorgulamaktaydı. Menopoz öncesi adet düzensizliğiyle giden 12 ay ve 3 aydır adet olmaması perimenopoz, 12 aydır hiç adet olmaması postmenopoz ve ovarian fonksiyonların henüz bozulmadığı ve menopozal semptomların henüz görülmediği dönem premenopoz olarak tanımlandı. Menopoz semptomları şiddeti, 0-4 arasında puan verilerek değerlendirildiği Menopoz Derecelendirme Ölçeği (Menopause Rating Scale) kullanılarak belirlendi. Ölçekte 20 ve üzeri puan alan kadınların menopoz semptomları şiddetli olarak kabul edildi. Menopoz semptomlarının şiddeti üzerine etkili bağımsız değişkenler lojistik regresyon modeliyle belirlendi.

**Bulgular**

Çalışma grubundaki kadınların, %24.0'ü premenopozda, %13.0'ı perimenopozda, %63.0'ı ise postmenopoz dönemi yaşamaktaydı. Menopoz giriş yaşı ortalaması 45.90±5.24 (uç değerler:31-58)'dü. Kadınların büyük bir çoğunluğu (%59.3) menopozu hayatın doğal bir evresi olarak görürken, %21.3'ü menopozu bir hastalık olarak değerlendirmekteydi. Menopoz semptomlarının şiddeti, genel sağlığını bozuk olarak adlandırılarda, kronik hastalığı olanlarda, geçmişte dismenore öyküsü olanlarda, menopoza 40 yaştan önce girenlerde, menopozla ilgili korkular taşıyanlarda artmaktadır. Hormon replasman tedavisi alanlarda ölçek puan ortalaması almayanlara göre daha yüksekti (p<0.001).

**Sonuç**

Kadın sağlığı doğurganlık öncesi ve sonrasında bir bütün olarak görülmeli, menopoz dönemine yönelik sağlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Menopoz, Menopoz Derecelendirme Ölçeği, kadın sağlığı

- Prof. Dr. Selma Metintaş, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - selmamet@ogu.edu.tr
- Aş. Gör. Dr. İnci Arıkan, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - incikiline@mynet.com
- Prof. Dr. Cemalettin Kalyoncu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - kalyoncu@ogu.edu.tr

## EVLİ ERKEKLERDE EŞLERİNE YÖNELİK ŞİDDET VARLIĞININ, TÜRLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

G. DÖNMEZ, T. GÜNAY

### Giriş ve Amaç

Şiddet, kadın sağlığında en önemli sorunlardan birisidir. Bu çalışmada, 25-49 yaş evli erkeklerde eşe yönelik şiddet varlığı, türleri ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki çalışma, İzmir Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılmıştır. Evreni bölgede oturan 25-49 yaşında 2615 evli erkektir. Örneğe alınacaklar, %95 güven düzeyinde, şiddet sıklığı %12, sapma %4 alınarak en az 231 hesaplanmıştır. Yedek büyüklüğü %10 olarak belirlenerek 254 evli erkek sistematik örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bağımlı değişken; psikolojik, ekonomik, fiziksel ve cinsel şiddet varlığıdır. Bağımsız değişkenler erkeğe ve eşine ilişkin sosyo-demografik özellikler, şimdiki ve evlenmeden önceki ailelerine ilişkin özellikler, alışkanlıklara ve şiddete ait özelliklerdir. Araştırma grubunun % 50.7'sine ulaşılmıştır. Çözümlemede ki kare, lojistik regresyon kullanılmıştır.

### Bulgular

Erkeklerin yaş ortalaması 42.2±5.3, ortalama evlilik süresi 15.7±6.2 yıl, kişi başı gelir ortancası 1,500 YTL'dir. Erkeklerin %31.8'i ilkokul mezunu, %7'si işsiz veya düzensiz işlerde çalışmakta; %54.3'ü sigara, %25.6'sı alkol içmektedir. Çocukluğunda aile içi şiddete maruz kalma %69, tanık olma %50.4 olarak belirlenmiştir.

Eşe yönelik şiddet sıklığı psikolojik şiddet %76.6, ekonomik şiddet %34.4, fiziksel şiddet %37.5 ve cinsel şiddet %3.9 saptanmıştır.

Yapılan tek değişkenli analizlerde; psikolojik şiddet, görtücü usülü ile evlenen ve çekirdek aile tipinde büyüyen erkeklerde; ekonomik şiddet, kadında süregelen hastalık varlığında anlamlı olarak fazla saptanmıştır.

Fiziksel şiddet, ilkokul ve altı öğrenimlilerde, işsiz ya da düzensiz işlerde çalışanlarda, alkol kullananlarda, eşyle iletişim algısı iyi ve orta olanlarda, 25-34 yaş grubundaki kadınlarda, yakın çevresinde kadına yönelik şiddet olanlarda, ve kadında istenmeyen gebelik varlığında anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

Çok değişkenli çözümlemede, fiziksel şiddet için erkeklerin işsiz olması/düzensiz işlerde çalışması, alkol kullanması, istenmeyen gebelik varlığı, kadının 25-34 yaş grubunda olması belirleyici faktörler olarak saptanmıştır. Psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddete yönelik çözümleme yapılamamıştır.

### Sonuç

Araştırma grubunda psikolojik şiddet sıklığı beklenenden çok yüksek bulunmuştur. Üç erkekten biri ekonomik veya fiziksel şiddet uygulamaktadır. Cinsel şiddet, düşük saptanmasına karşın sorunun daha büyük boyutlarda olabileceği düşünülmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, sağlık, kadına yönelik ayrımcılık.

◦ Uzm. Dr. Guljan DÖNMEZ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - guljana25@hotmail.com

◦ Doç. Dr. Türkan GÜNAY, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - turkan.gunay@deu.edu.tr

**GEBE KADINLARIN PRENATAL BAKIM MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****Ö. DURAN, S. GERÇEK, S. ÖZTÜRK, E. GÜL, S. TAŞOĞLU****Giriş ve Amaç**

Prenatal bakım hizmetlerinden memnuniyet, özellikle gebeler arasındaki yoğun etkileşimin bakımın devamını etkilemesi nedeni ile çok önemlidir. Bu nedenle araştırma, Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin prenatal bakım memnuniyetini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma tanımlayıcı olarak, 15.03.2008-15.05.2008 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yürütülmüştür. 01.07.2007-31.12.2007 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebe sayısı 10 471, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebe sayısı 1275'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 raporuna göre en son doğumunda en az bir kez doğum öncesi bakım alan anne oranı % 81.1'dir. Evrendeki birey sayısının bilindiği, olayın görülüş sıklığının dikkate alındığı örnekleme yöntemi ile hesaplama yapılarak, Sivas Devlet Hastanesi'nden 232, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 200, toplamda ise 432 gebenin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan seçiminde; gebelerin aynı kurumdaki en az üç kez prenatal bakım hizmeti alması, riskli gebelik yaşamıyor olması ve 28 haftadan büyük bir gebelik olması kriterleri göz önüne alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; gebelere yönelik soru formu ve Rabue ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen, Aslantekin (2006) tarafından geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilen "Prenatal Bakım Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, prenatal bakımın verildiği yer ve bakım veren kişiye yönelik olmak üzere iki bölümden oluşan 22 maddelik likert tipi bir ölçektir. Memnuniyet ölçeği: bakım sanatı, teknik kalite, ulaşılabilirlik, fiziksel çevre ve uygunluk olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte alınacak en düşük puan 22, en yüksek puan ise 110'dur.

**Bulgular**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş dağılımı incelendiğinde; %9.3'ünün 19 yaş ve altında, %83.8'inin 20-34 yaşlar arasında, %6.9'unun ise 35 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %55.6'sının ortaokul ve altı düzeyde öğrenime sahip olduğu, %88.2'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %0.9'unun ise herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı bulunmuştur. Prenatal bakımdan memnuniyet durumları incelendiğinde ise; gebelerin %83.8'inin prenatal bakımdan memnun olduğu, %16.2'sinin prenatal bakımdan memnun olmadığı saptanmıştır. Gebelerin kendilerine verilen anolog skalaya göre memnuniyetlerini puanlandırmaları istendiğinde; 0-10 arası puanlama skalasında, büyük çoğunluğunun 7-10 arası puanlama yaptıkları (%69) bulunmuştur. Bu sonuç memnuniyetin iyi derecede olduğunu göstermektedir. Memnuniyet ölçeğine de aynı sonucun yansıdığı görülmektedir (60.50 ± 8.60). Bununla birlikte, üniversite öğrenimine sahip gebelerin, lise öğrenimine, ortaokul ve altı öğrenime sahip gebelerden, çalışan gebelerin çalışmayan gebelerden, aylık geliri 2000 YTL ve üzeri olan gebelerin, daha az gelire sahip olan gebelere oranla prenatal bakım hizmetlerinden anlamlı şekilde daha az memnun oldukları belirlenmiştir (p < 0.05).

**Sonuç**

Araştırmamızda; gebelerin öğrenim durumu, çalışma durumu ve aylık gelir durumunun prenatal bakım memnuniyetini anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; tüm sağlık kuruluşlarında gebelerin prenatal bakıma yönelik memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla prenatal bakım memnuniyetlerinin ölçülmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Gebe, Prenatal Bakım, Memnuniyet

- Arş. Gör. Özlem DURAN, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, SİVAS - oduran@cumhuriyet.edu.tr
- Arş. Gör. Sultana GERÇEK, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, SİVAS - sgercek@cumhuriyet.edu.tr
- Sevinç ÖZTÜRK, Ebe, SİVAS
- Esra GÜL, Ebe, SİVAS
- Senem TAŞOĞLU, Ebe, SİVAS

**GEBELERİN ÜÇLÜ TEST VE AMNİYOSENTEZ HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI****L. S. DEMİR, S. BODUR, O. BALCI****Giriş ve Amaç**

Üçlü test prenatal tanı amacıyla gebeliğin 16-18. haftalarında yapılan bir risk belirleme testidir. Ancak sonrasında yapılacak amniyosentezin önemli komplikasyonları bulunabilmektedir. Çalışmada, gebelerin üçlü test hakkındaki bilgi düzeylerinin ve amniyosentez konusundaki tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, 2007 yılı Eylül ve Ekim aylarında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Gebe Polikliniğinde gerçekleştirildi. Polikliniğe başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 124 gebeye anket uygulandı. Anket gebelerin sosyo-ekonomik durumları, gebelik ve üçlü test ile ilgili bilgi ve tutumlarını içeren açık ve kapalı sorular kullanılarak hazırlandı. Gebelere üçlü testin ne için yapıldığı açık uçlu olarak soruldu. Gebelere amniyosentez işleminin ne olduğu, nasıl yapıldığı, mevcut riskleri anlatılarak üçlü testte risk çıkması durumunda izin verip vermeyecekleri soruldu.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan gebelerin % 70.2'si üçlü testin ne olduğunu bildiğini ifade etti. Gebelerin % 26.5'i doğru olarak testin down sendromu, genetik hastalık, sakat/özürlü bebek tanısı için kullanıldığını belirtti. Bunun dışında katılanların % 40.8'i üçlü testi zeka testi olarak, % 19.4 zeka ve beyin gelişimini, % 9.2'si bebeğin gelişimini, % 4.1'i beyin hastalıkları ve bebeğin beynindeki sorunlarını gösterdiğini belirtti. Onaltı haftadan büyük gebelerin %76.8'i üçlü testin ne olduğunu bildiğini, % 47.5'i'i bu gebeliklerinde üçlü test yaptırdığını ve sadece % 20.2'si hekimlerin üçlü test hakkında kendilerine verdikleri bilgiyi yeterli bulduğunu bildirdi. Gebelerin % 62.9'u üçlü testte risk bulunması halinde ileri tanı için amniyosentez işlemine izin vermeyeceğini; % 84.7'si bebeklerinin sağlıklı olmadığını bilseler de gebeliklerini sonlandırmayacaklarını belirttiler.

**Sonuç**

Üçlü test, gebelere yeterince anlatılmadan uygulanmaktadır. Gebelerin çoğunluğunun amniyosenteze izin vermeyeceklerini ve sağlıklı olmasa bile gebeliklerini sonlandırmayacaklarını belirtmesi ve amniyosenteze bağlı düşük riski, üçlü testin yapılmasını fakat bu noktalarında akılda tutulmasını gerekli kılmaktadır. Test uygulanacağında da gebeler yeterince bilgilendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Üçlü test, gebelik, amniyosentez

- Arş. Gör. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - lutfi.demir@yahoo.com
- Prof. Dr. Said BODUR, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Yrd. Doç. Dr. Osman BALCI, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



## HASTANEYE BAŞVURAN GEBELERİN GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. GERÇEK, Ö. DURAN, D. BALALAN**

### Giriş ve Amaç

Bu araştırma, herhangi bir nedenle hastaneye başvuran gebelerin gebelik süresince sağlık uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği ve Sivas Devlet Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 282 gebe oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmesine yönelik bilgilerin içinde bulunduğu soru formu ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) ile toplanmıştır.

### Bulgular

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayara ortamında değerlendirilmiştir. Örnekleme alınan gebelerin %33.3'ü 23-27 yaş grubunda olduğu, %40.4'ünün eğitim durumlarının ilköğretim birinci basamak olduğu, gebelerin % 10.6'sı gelir getiren bir işte çalıştıkları, %36.2'sinin 3 ve üzeri gebelik sayısının olduğu ve %69.5'inin 25-40. gebelik haftasında oldukları bulunmuştur. Gebelerin %78'i isteyerek gebe kaldıkları, hastaneye gelerek hekimden doğum öncesi bakıma yönelik hizmetler alan gebelerin % 88.3'ü aynı zamanda bir ebeden de doğum öncesi hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin %55.3'ünün BKİ göre normal (18.6-24.9) olduğu ve de %85.5'inin gebelikleri sırasında en az 5 kez kontrole geldiği saptanmıştır. Gebelerin GSU Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 116.48 olarak bulunmuştur. Gebelerin lisans ve yüksek lisans yapanların puan ortalamaları, sağlık güvencesi emekli sandığı olanların ve sağlık kontrolleri için hem ebeye hem de hekime gidenlerin GSUÖ puanı ortalamaları diğer gruplara oranla yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Ayrıca evliliğin ilk 2 yılındaki gebeler, isteyerek ve planlı gebeliği olanlar ve en az 5 kez ve üzeri kontrole gelen gebelerin GSUÖ puan ortalamaları diğer gruplara oranla yüksek bulunmuş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

### Sonuç

Sonuç olarak gebelere bakım veren ebe ve hekimlerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebeğin sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili yeterli doğum öncesi bakım almalarını sağlayarak, gebelerin eşlerinin de bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması son derece önemlidir. İstenmeyen gebelik problemlerinin en aza indirilmek için aile planlaması ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve aile okullarının açılması önerilmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Gebelik, Sağlık Uygulamaları, Sağlık Davranışları

- Arş. Gör. Sultan GERÇEK, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - sultangercek@gmail.com
- Arş. Gör. Özlem DURAN, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - oduran@cumhuriyet.edu.tr
- Didem BALALAN, Ebe

## İZMİR'DE 2002-2007 YILLARI ARASINDA SEZARYEN DOĞUM SIKLIĞINDA GERÇEKLEŞEN DEĞİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Ummahan YÜCEL, Raziye ÖZDEMİR, Zeliha ÖCEK**

### Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü ana-çocuk sağlığının korunması için sezaryen doğum oranının %5-15 olması gerektiğini belirtmiştir. Fakat tüm dünyada sezaryen doğumların oranı artma eğilimindedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın 1998 verilerine göre %13.9 olan sezaryen doğum oranı 2003 yılında %21'e çıkmıştır. Bu çalışmanın amacı, İzmir'deki sağlık kuruluşlarında 2002-2007 tarihleri arasında sezaryen doğum oranlarının nasıl bir değişim gösterdiğini belirlemek ve bu değişim açısından kurumları karşılaştırmaktır.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerinden yararlanarak, farklı sağlık kuruluşlarının (Sağlık Bakanlığı hastaneleri, SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve kamuya ait diğer kuruluşlar) 2002-2007 yılları arasında sezaryen doğum yüzdeleri bakımından gerçekleşen değişimin tanımlanması amaçlanmıştır. Bu tanımlayıcı veriler grafiğe aktarılarak, farklı kurumlarda gerçekleşen değişimler görsel olarak karşılaştırılmıştır. Çalışmanın analitik bir boyutunun olmaması ve tanımlayıcı nitelikte tasarlanmış olması nedeniyle istatistiksel analiz uygulanmamıştır. 2004 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi nedeniyle 2005 yılından sonraki veriler bakanlık hastanelerinde gerçekleşen oranlar içinde verilmiştir.

### Bulgular

2007'de İzmir'de tüm sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların %52.5'i sezaryen doğumdur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002'de %35.2 olan sezaryen doğum oranı sürekli bir artış göstermiş ve 2006 yılında %43.9'a yükselmiştir. Özel sektörde sezaryen oranları 2002-2007 döneminde %81-83 arasında değişen değerler almıştır. Diğer kamu hastanelerinde sezaryen oranı 1.5 kat artmış ve 2002'de %58.4'den 2007'de %86.7'e çıkmıştır. Üniversite hastanelerinde ise sezaryen doğumların oranı azalma eğilimindedir; 2002'de %74.5 iken, 2007'de %61.2'e düşmüştür. Gerek toplamda gerekse diğer kamu dışındaki tüm sağlık kurumlarında sezaryen doğumlardaki sürekli artış eğiliminin 2007'de durduğu ve hafif bir azalmanın gerçekleştiği görülmektedir.

### Sonuç

Doğumların 2002 yılında %94'ünün, 2007 yılında %98'inin hastanelerde gerçekleştirildiği İzmir'de yapılan bu çalışma sezaryen doğum oranlarının 2002-2007 arasında çarpıcı bir artış gösterdiğini ve normal doğum oranlarını geçtiğini yansıtmıştır. Bu artış, gereksinimi değil talebi merkeze alan ve aşırı uzmanlaşmaya öncelik veren sağlık politikalarının bir sonucu olarak görülmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Sezaryen doğum, ana çocuk sağlığı, sağlık kurumu

- Arş. Gör. Ummahan YÜCEL, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu - ummahan.yucel@ege.edu.tr
- Raziye ÖZDEMİR, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü - ozdemir75@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Zeliha ÖCEK, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - zeliha.ocek@ege.edu.tr

**JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****Ö. ÇİFTÇİ, O. GÜNAY****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma, jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda ürener inkontinans sıklığını ve çeşitli sosyodemografik ve tıbbi faktörlerin ürener inkontinans sıklığına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde 2007 yılında yapıldı. Araştırma evreninde ürener inkontinans prevalansının %20 dolayında olacağı kabul edilerek, minimum örneklem büyüklüğü 670 olarak hesaplandı. Toplam 800 kadının araştırma kapsamına alınması planlandı. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarla görüşülerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 45 sorudan oluşan anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Toplam 775 kadınla ilgili veriler değerlendirmeye alındı. Verilerin istatistiksel analizinde, ki kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.  $P < 0.05$  değerleri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular**

Araştırma grubunda ürener inkontinans prevalansı %36.6 bulundu. Kadınların %33.5'inde stress inkontinans, %26.8'inde acil inkontinans olduğu belirlendi. Kadınların %23.7'sinde hem stress inkontinans hem de acil inkontinans varken, %9.8'inde sadece stress inkontinans, %3.1'inde ise sadece acil inkontinans vardı. Ürener inkontinansı olan kadınların %1.1'inde anal inkontinans da vardı. Hem stress inkontinans hem de acil inkontinans prevalansının; yaş ve doğum sayısı ile birlikte arttığı saptandı. Toplam ürener inkontinans prevalansı 30 yaşın altındakilerde %7.6 iken, 30 - 39 yaş grubunda %11.3, 40 yaş ve üzeri grupta %60 dolayında bulundu. Kendisinde şeker hastalığı olduğunu, ürogenital sistemle ilgili ameliyat geçirdiğini, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini ve rahim sarkması olduğunu ifade edenlerde ürener inkontinans prevalansı daha yüksek bulundu. Güç doğum, idrar sondası uygulanması ve sigaranın ürener inkontinans sıklığına önemli bir etkisi bulunmadı.

**Sonuç**

Araştırma grubundaki kadınların yaklaşık üçte birinde ürener inkontinans vardır. Yaş ve doğum sayısı ile birlikte ürener inkontinans sıklığı artmaktadır. Özellikle 40 yaşın üstündeki kadınlar ürener inkontinans açısından değerlendirilmeli ve ürener inkontinansı olanlar tedavi için yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Jinekoloji, kadın, ürener inkontinans, prevalans.

- Özlem ÇİFTÇİ, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi - gunayos@erciyes.edu.tr

**KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE AŞISI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ ve TUTUMLARI****E. TÜRKOL, G. GÜNEŞ, G. ÖZEN****Giriş ve Amaç**

Serviks kanseri, tüm dünyada kadınlarda kansere bağlı ölümler içinde ikinci sırada yer alır. Serviks ca olgularının %83'ü gelişmekte olan ülkelerde saptanır. Bunun en önemli sebebi düzenli tarama programlarının olmayışıdır. Ülkemize ait epidemiyolojik veriler zayıftır. Bütün dünyada önlenmesi mümkün olan bir hastalıktır.

Bu çalışma Malatya Merkezi bağlı Tecde Sağlık Ocağı ve Çöşnük Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşıyan 15-49 yaş arası evli kadınlar arasında serviks (rahim ağzı) kanseri ve aşısı konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini Malatya'da iki sağlık ocağı bölgesinde yaşıyan 15-49 yaş evli kadınlar oluşturmuştur. Minimum örneklem büyüklüğü 332 olarak hesaplanmış, 500 kadın basit rastgele olarak seçilmiş, bunların 417'si araştırmaya katılmıştır. Veriler kadınlarla yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırma kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. Anket formu serviks kanseri, HPV (human papilloma virüsü) virüsü ve aşısı hakkında bilgi soruları ve aşısı karşı tutumlarını değerlendiren sorular içermektedir. Veriler SPSS 9.0 programında analiz edilmiştir. Analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamına giren 15-49 yaş arası evli kadınların yaş ortalaması 34.2±8.4 yıldır. Çoğu ilkokul mezunudur (%43.1) Eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olanlarda serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksektir. Gelir düzeyi arttıkça serviks kanserini duyma oranı artmıştır (%95). Korunma konusunda %50.5'i tek eşliliğin önemli olduğunu, %42.3'ü aşı ile korunulabileceğini belirtmiştir. Kadınların %65.8'i smear testinin ne olduğunu bilmektedir. %23.5'i en az bir kez smear yaptırmıştır. Serviks kanserinin gelişiminde bir virüsün rol oynaması konusunda %31.9'unun bilgisi yok, %4.4'ü önemli olmadığını belirtmiştir. HPV virüsünü % 57.8'i duymuştur. Bulaşma konusunda %58'i virüsün, cinsel yolla bulaştığını bilmektedir. HPV aşısını %47.1'i duymuş, %31.9'u 9-26 yaş grubuna yapılabileceğini belirtmiştir. %52.4'ü bu aşısı kendisine yaptırmayı istemektedir. %72.2'si kızım olsa aşısı yaptırdım demiştir. %45.3'ü bu aşısı yaptırmak isterim ama pahalı olduğu için yaptıramam demiştir. Üniversite mezunlarında aşısı duyma oranı %81.3 iken, okuma yazması olmayanlarda bu oran %19.2'dir.

**Sonuç**

Araştırma sonuçları, serviks kanseri, HPV virüsü ve korunma yolları, serviks kanserinin tanısında ve kontrolünde çok önemli bir tarama olan smear testi konusunda kadınların yeterli düzeyde bilgi sahibi olmamalarına rağmen yaklaşık yarısının rahim ağzı kanserinin aşısını duymuş oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Kadınların smear testi konusunda bilinçlendirilmeleri gereklidir.

**Anahtar Kelimeler**

Serviks kanseri, smear testi, HPV virüsü, HPV aşısı

**KADINLARIN, KADIN SAĞLIĞINI KORUMAYA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****E. KÜÇÜK, Z. KILIÇARSLAN, A. TEMEL****Giriş ve Amaç**

Kadın üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları kadın sağlığını özel kılmaktadır. Hangi yaş olursa olsun üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve hizmet gereksinimi erkekler göre kadınlarda daha fazladır. Ayrıca kadının genel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin varlığı, temel sağlık hizmetlerinin veriliyor olması, bu hizmetlerin yaygınlığı, ulaşılabilirliği, niteliği ve kullanımı da kadın sağlığını etkileyen ve dikkate alınması gereken önemli konulardır. Bu araştırma kadınların, kadın sağlığını korumaya yönelik bilgi ve davranışlarını ve etkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu araştırma Giresun kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde, yazılı izin alınarak yapılmıştır. 01.06.08-15.07.08 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 kadın hastaya yüzyüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Kadınlara sosyo-demografik özellikleri, kadın sağlığına yönelik bilgi ve davranışları ile ilgili sorular sorulmuştur. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup, analizlerde ortalamalar, frekans dağılımları ve ki kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamında incelenen kadınların yaş ortalaması  $37,4 \pm 10,5$ 'tir. Kadınların %90,3'ü evlidir ve %20'si hiç eğitim almamıştır. %25,3'ü köyde yaşamaktadır. %54,7'si 3 ve daha fazla gebelik yaşamış olup, %28'i en az bir kez isteyerek küretaj olmuştur. Kadınların %62(93)'si kadın sağlığı ile ilgili hiçbir bilgi almadığını belirtmiştir. Bilgi alanların %29,8'i bilgiyi sağlık ocağından almıştır ve %43,8 oranında kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. KKMM yaparım diyenler %56,7 dir. Ancak doğru uygulayanların oranı %6,4'tür. En az bir kez mamografi çektirenler %22,7, en az bir kez pap smear testi yaptıranlar %14 oranındadır. İl merkezinde yaşayan kadınların kadın sağlığı ile ilgili bilgi alma durumu, köyde yaşayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $P < 0,005$ ). Eğitim düzeyinin yükselmesiyle, kadın sağlığı konusunda bilgi almasının arttığı, aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $P < 0,05$ ).

**Sonuç**

Çalışmada kadınların kadın sağlığını korumaya yönelik bilgi ve davranışları yetersiz bulunmuş olup, bilgi ve davranışlar üzerine demografik değişkenlerin etkili olduğu saptanmıştır. Kadın sağlığının yükseltilmesi için gerekli önlemlere öncelik verilmesi düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler**

Kadın, koruyucu sağlık, davranış

- Öğr. Gör. EMİNE KÜÇÜK, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ - emine\_kucuk@yahoo.com
- Öğr. Gör. ZEYNEP KILIÇARSLAN, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
- ASUMAN TEMEL, GİRESUN DOĞUM HASTANESİ

## KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDEKİ GEBE KADINLARIN BEBEK BESLENMESİ KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

G. M. TATAR ÇİÇEK, O. GÜNAY

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma Kahramanmaraş il merkezindeki gebe kadınların anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kahramanmaraş il merkezindeki 23 sağlık ocağı, bölgelerin sosyoekonomik düzeylerine göre üç tabakaya ayrıldı. Her tabakadan ikişer sağlık ocağı olmak üzere toplam altı sağlık ocağı rastgele seçildi. Bu sağlık ocaklarındaki gebe izlem kartlarından rasgele seçilen 800 kadın örneklem grubuna alındı. Araştırma kapsamına alınan kadınlara, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve toplam 81 sorudan oluşan anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde; kategorik veriler için Pearson ki kare testi, nicel veriler için unpaired t testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanıldı.

### Bulgular

Araştırma grubundaki gebelerin %95.4'ü bebeğe verilmesi gereken ilk besinin anne sütü olduğunu bilmektedir. İlkokulu bitirmemiş gebelerde, bebeğe verilmesi gereken ilk besinin anne sütü olduğunu bilenlerin oranı %77 dolayında olup, %23.1'i bebeğe ilk kez şekerli su verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Gebelerin %74.9'u doğumdan sonraki ilk yarım saatte bebeği emzirmeye başlamak gerektiğini, %85.5'i kolostrumun bebeğe verilmesi gerektiğini bilmektedir. Bebeği doğumdan sonraki ilk yarım saatte emzirmeye başlamak gerektiğini ve kolostrumun bebeğe verilmesi gerektiğini bilenlerin oranı öğrenim düzeyi ile birlikte artmaktadır. Araştırma grubundaki gebeler, bebeklerine 6.0 ± 0.2 ay süreyle tek başına anne sütü vermeyi ve toplam 19.9 ± 5.2 ay emzirmeyi düşünmektedirler. Gebelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, düşündükleri toplam emzirme süresi uzamaktadır. Buna karşılık, gebelerin ekonomik durumu iyileştikçe, düşündükleri toplam emzirme süresi kısalmaktadır. Yaş ve toplam gebelik sayısının, düşünülen emzirme süresine etkisi önemli bulunmamıştır. Gebelerin 95.9'u bebek 6 aylıkken, %2.1'i 6 aydan önce, %1.1'i 6 aydan sonra ek gıdalara başlamak gerektiğini ifade etmiştir. Gebelerin yaş, gebelik sayısı, ekonomik durum ve öğrenim düzeyinin, ek gıdalara başlama zamanı hakkındaki düşüncelerine önemli bir etkisi bulunmamıştır.

### Sonuç

Kahramanmaraş il merkezindeki gebelerin bebek beslenmesi ve anne sütü ile ilgili önemli bilgi eksikleri vardır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe, bilgi düzeyleri genel olarak yükselmektedir. Ancak bu çalışma, gebelerin bilgilerinin ne ölçüde davranışa dönüştüğünü göstermemektedir.

### Anahtar Kelimeler

Gebe, anne sütü, bebek, beslenme.

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA STRESS İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ****E. BALCI, Ö. ÇİFTÇİ, İ. GÜN, O. GÜNAY****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma, üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji servisine başvuran, 15 - 49 yaş grubu evli kadınlardan, stress üriner inkontinansı olan 150 kadın ve bu kadınlarla yaşa göre eşleştirilmiş ve üriner inkontinansı olmayan 150 kadın araştırma kapsamına alındı. Araştırma kapsamına alınan kadınlara, sosyodemografik özellikleri ve üriner inkontinansla ilgili 15 sorudan oluşan anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Ayrıca, her iki gruptaki kadınlar, SF-36 ölçeği ile ürogenital rahatsızlık ölçeği (UDI-6 ), ayrıca üriner inkontinansı olan kadınlara İnkontinans Etki Anketi (IIQ-7) uygulandı. Araştırma gruplarının istatistiksel açıdan karşılaştırılması için paired ve unpaired t testleri, çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Pearson simple korelasyon analizi uygulandı.

**Bulgular**

Stress inkontinansı olan kadınlarda, SF 36 ölçeğinin, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, enerji/canlılık ve genel sağlık algısı puanları kontrol grubundan önemli ölçüde düşük bulundu. Stress inkontinansı olan hastaların %73'ünde aynı zamanda acil inkontinans, %3'ünde ise anal inkontinans yakınması vardı. Acil inkontinansı olan hastaların, fiziksel fonksiyonellik, canlılık, ve sosyal fonksiyonellik puanları, sadece stress inkontinansı olan kadınlardan daha düşük bulundu. İnkontinans etki anketinden elde edilen puanlarla, SF-36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ve genel sağlık algısı puanları arasında negatif yönde ilişki bulundu.

**Sonuç**

Stress üriner inkontinans, kadınların yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Stress inkontinansla birlikte acil inkontinansı olanlarda, yaşam kalitesi puanları daha da düşüktür.

**Anahtar Kelimeler**

Üriner inkontinans, yaşam kalitesi, SF-36, inkontinans etki anketi

- Öğr. Gör. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - cbalci@erciyes.edu.tr
- Özlem ÇİFTÇİ, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - iskender@erciyes.edu.tr
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gunayos@erciyes.edu.tr

**KAYSERİ İLİNDEKİ EVLİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE AŞISI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI****D. HOROZ, A. BORLU, E. BALCI****Giriş ve Amaç**

Serviks kanseri kadınlarda sık görülen, erken tanı ve tedavisi mümkün bir kanserdir. Çalışmamızın amacı kadınların serviks kanseri ve yeni geliştirilen aşısı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Mayıs 2008'de Kayseri'de, rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen iki sağlık ocağına başvuran, 154 evli kadın üzerinde yapılmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşülerek doldurulmuş, veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, istatistiki analizlerde ki-kare testi kullanılmış,  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular**

Kadınların yaş ortalaması  $29,54 \pm 5,23$  (min:18-max:42) yıldır. Evlenme ve ilk cinsel ilişki yaşı ortalaması aynı olup  $20,70 \pm 3,36$  yıldır. En büyük grubu %52,6 ile ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların %25,3'ü kısmen de olsa serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %16,2'si serviks kanseri açısından haberdardır. Aşı yaptırmayı düşünür müsünüz sorusuna kadınların %21,4'ü evet demiştir. Kadınların sadece %16,9'u serviks kanseri için erken tanı şansı olduğunu bilmektedir ve bunların da %26,9'u erken tanı aracı smear testi olarak ifade etmiştir. Kadınların sadece %21,4'ü smear testi yaptırmıştır. Kadınların %33,8'i evlendikten sonra gebelik ve doğum dışı nedenler için kadın doğum polikliniğine başvurmuştur, bunların da %63,4'üne smear testi yapılmıştır. Smear testi yaptıranların %54,5'i, son bir yıl içinde yaptırmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça kadınların serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olma ( $p < 0,05$ ) ve aşından haberdar olma oranları artmaktadır ( $p < 0,05$ ). Gelir düzeyi arttıkça kadınların serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olma oranları artmaktadır ( $p < 0,05$ ). Serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanlar aşından daha fazla haberdardır ( $p < 0,05$ ). ancak bilgi sahibi olmakla aşı yaptırmayı düşünmek arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

**Sonuç**

Erken tanısı mümkün olan serviks kanseri ve aşısı konusunda kadınlarımızın çoğu bilgisizdir. Kadınlarımızın, her konuda olduğu gibi bu konuda da eğitim düzeyi artırılmalıdır. Erken tanı için altın standart olan smear testi yaptırmaya oranı çok azdır. Çeşitli nedenlerle kadın doğum polikliniğine başvuran uygun hastalar, smear testi yapılarak serviks kanserinin erken tanısı açısından değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Serviks kanseri, serviks kanseri aşısı, smear testi, eğitim

- Arş. Gör. Dr. Duygu HOROZ, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - duyguhoroz@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Arda BORLU, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - ardaborlu@gmail.com
- Uzm. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - ebalci@erciyes.edu.tr



**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONUSUNDA DEĞİŞİK KIZ ÖĞRENCİ GRUPLARININ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ****Ö. F. TEKBAŞ, C. YEĞİNER, S. BAĞCI, H. TOSUN, F. DEMİR, B. KAVUT, S. YOLCU, G. KAYMAKÇI****Giriş ve Amaç**

Günümüzde kadınların sağlığını önemli oranda tehdit eden meme kanserinin erken tanısında Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) oldukça önemlidir. Meme kanserinin erken tanısı tedavi şansını önemli ölçüde etkilemektedir.

Bu araştırma, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu (HYO) öğrencileri ile ve Mehmet Akif Kız Yurdu'nda (MAKY) kalan ve sağlıklıyla ilgili olmayan okullarda okuyan kız öğrencilerin KKMM konusundaki davranışları ve bilgilerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma kesitsel tipte olup, evrenini GATA HYO'da okuyan 432 kız öğrenci ve MAKY'nda kalan 1185 öğrenci olmak üzere toplam 1617 öğrenci oluşturmuştur. Uygun örnek büyüklüğü seçme formülü kullanılarak basit rastgele örnekleme ile GATA HYO'dan 105, MAKY'ndan 134 öğrenci çalışmaya dahil edilmiş ancak olası veri kayıpları göz önüne alınarak, çalışmanın GATA HYO'dan 120, MAKY'ndan 180 öğrenciye uygulanmasına karar verilmiştir.

Araştırmada kullanılan soru formu, literatür taramasının ardından araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Soru formu; demografik özellikler, KKMM ile ilgili davranışlar ve bilgi düzeyini ölçen sorulardan oluşmuştur.

Soruların puanlamasında 80 ve altında puan alan öğrenciler "başarısız" olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan 398 öğrenciden 182'si (%61) düzenli olarak KKMM yaptığı halde 116'sı (%39), KKMM yapmamaktadır. Katılımcıların KKMM yapmayı bilip bilmedikleri sorusuna, 116 öğrenci (%50,3) bildiğini, 129'u (%43,3) bilmediğini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların KKMM konusunda yöneltilen sorulardan aldıkları puan ortalaması 79,2±14,6 olarak bulunmuştur. HYO ile MAKY'nda kalan öğrencilerin puanlarının karşılaştırılması sonucunda; HYO'nda okuyan öğrencilerin bilgi puan ortalamaları 89,1 iken, MAKY'nda kalan öğrencilerin ortalama puanı 72,2 olarak bulunmuştur (p<0,001). Katılımcılardan 1985 ve daha önce doğumlu olanların bilgi puan ortalamaları 77,5 iken, 1986 ve sonrası doğumlu olanların puan ortalamaları 81,4 olarak bulunmuştur (p=0,038).

Katılımcılardan HYO'da okuyan öğrencilerden 94'ünün (%79) bilgi düzeyi yeterli iken, yurtda kalan öğrencilerden 37'sinin (%20,4) bilgi düzeyi yeterlidir (p<0,001).

**Sonuç**

Öğrencilerin KKMM konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarına, okuduğu okul, yaşı, mezun olduğu lise, anne ve baba eğitim süresi gibi faktörlerin olumlu olarak etki ettiği saptanırken, anne ve baba mesleği ile ailede sağlık personeli varlığı; olumlu davranışları ve bilgi düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, KKMM'in uygulanması, meme kanserinden koruyucu bir yöntem olup okul eğitimine bu tür konuların entegre edilmesi gereksinimi vardır.

**Anahtar Kelimeler**

Kendi Kendine Meme Muayenesi, Öğrenci, Meme Kanseri, Erken Tanı

- Doç. Dr. Ömer Faruk TEKBAŞ, GATA Halk Sağlığı A.D. - oftekb@ata.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Cenk YEĞİNER, GATA Halk Sağlığı A.D. - cenky99@yahoo.com
- Sevcan BAĞCI, GATA HYO

**KIRIKKALE İLİNDE 2007 YILINDA GERÇEKLEŞEN GEBELİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ****T. PINAR, A.Z. ÇAKMAK, M. SAYGUN, N. ULU****Giriş ve Amaç**

Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmesi ve gebelik sırasında izlemlerinin düzenli olarak yapılması anne ve perinatal bebek ölümlerini azaltmakta, gebe ve bebek sağlığı, sağlık hizmetlerinin yeterliliğini yansıtmaktadır.

Çalışmamızda, gebelik izlemlerinin düzeyinin ve gebelikteki önemli tıbbi sorunların saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmamız 2008 yılı ocak-şubat aylarında yapılmış retrospektif tanımlayıcı kayıt çalışmasıdır. Çalışmamızda, Kırıkkale ilindeki tüm merkez sağlık ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında ulaşılabilen 834 adet 2007 yılına ait gebe ve loğusa izlem kartları incelenmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS 15.0 programında yapılmıştır.

**Bulgular**

Çalışmaya alınan gebelerin yaş ortalamaları 26.10 + 5.64 ( min:15, max:46) olarak bulunmuştur.

Gebelerden herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayanlar %77.4 (580 kişi), geleneksel yöntemleri kullananlar %6.2 (46 kişi), rahim içi araç kullananlar %6.3 (47 kişi), kondom kullananlar %7.6 (57 kişi), oral kontraseptif kullananlar %2.5 (19 kişi)'dir. İlk trimesterde 660, 2. trimesterde 604, 3.trimesterde 371 gebe takibi yapılmıştır. Her üç trimesterde de izlenen gebe sayısı 231'dir. Akraba evliliği % 10.5 (86 kişi), 19 yaşından önce hamilelik %28,9 (285) dir.

İki doğum arası geçen süre 24 ay ve altı olanların oranı %2,4 (20)'dir.

Gebeliğinde sigara kullanan 41 kişi (%11,0), parazit şikayeti olan 18 kişi (5,3)'dir.

Toplam 814 kişinin %99,1'i (807) canlı doğum, %0,5'i (4) düşük, %0,4'ünün (3) ölü doğum yapmıştır.

Doğumların, %57,8 (458)'i normal yoldan, %41,7 (330)'si sezaryenle, %0,5 (4) vakumla gerçekleşmiştir.

Doğumların %53,0 (411)'ü hekim, %47,0 (364)'si ebe kontrolünde yapılmıştır.

İlk trimesterde 109 kişi (%43,4), İkinci trimesterde 91 kişi (%42,3), üçüncü trimesterde 59 kişide (%41,5) anemi (11.0'in altı) saptanmıştır.

Gebelerin %1,6'sında hipertansiyon, %28,8'inde ödem, %12,2'sinde de varis saptanmıştır.

**Sonuç**

Gebelikte, anemi, iki doğum arası sürenin 2 yıldan az olması, akraba evliliği, gebelikte sigara kullanımı, adolesan gebelik ve hipertansiyon önemli sorunlardır. Gebe ve loğusa takipleri yeterli özenle yapıp kayıtları tutulmamaktadır. Sağlık personelinin ve gebelerin, gebelik takibi konusunda bilgilendirilip öneminin kavratılması, takip ve tedavilerin yeterli düzeye çıkarılması gebelik sorunlarını azaltacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Gebelik, gebe takibi, anemi, riskli gebelik

- Yrd. Doç. Dr. TEVFKİ PINAR, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - tevfik@kku.edu.tr
- Doç. Dr. Z. AYTÜL ÇAKMAK, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - tevfik@kku.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. MERAL SAYGUN, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - tevfik@kku.edu.tr
- Uzm. Dr. NURİYE ULU, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - thod@thod.org

**KLİNİKTE ABORTUS TANISIYLA YATAN GEBELERİN KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ****S. GERCEK, Ö. DURAN, F. ÖZER, D. ŞENCAN**

**Giriş ve Amaç:** Bu araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde abortus tanısıyla yatan gebelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde son bir yıl içerisinde abortus tanısıyla yatan toplam 366 gebe oluşturmaktadır. Gebeliklerde abortus görülme oranı dikkate alınarak evreni belli örnekleme formülü ile örnekleme sayısı belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini 01.11.2007-09.06.2008 tarihleri arasında hastaneye abortus tanısı ile yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden 154 gebe oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına alınan gebelere ilişkin veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen ve gebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren anket formu ile "Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri" kullanılarak toplanmıştır. Bu envanter 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Öner ve Le Compte tarafından da 1977 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayara yüklendikten sonra SPSS 10.0 (Statistical Package For Social Science) paket programında; student's t testi, Anova, mann whitney U testi ve kruskal wallis varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmanın verileri incelendiğinde gebelerin %31.2'sinin 23-27 yaş grubunda oldukları, %97.4'ünün resmi nikahlı olduğu, %42.2'sinin ilköğretim birinci kademedeki mezun oldukları, %11.0'nun çalıştığı, %57.8'inin herhangi nedenle kadın doğum kliniğinde daha önceden yattığı, %68.8'inin daha öncesinde hiç abortus yaşamadığı, %38.3'ünün ilk gebeliği olduğu, %54.5'inin yaşayan çocuğunun olmadığı, %68.2'sinin abortus imminens tanısı ile yattıkları, %13.0'nün missed abortus tanısı ile yattıkları belirlenmiştir. Gebelerin durumluluk kaygı puan ortalamaları  $41.00 \pm 5.8$ , süreklilik kaygı puan ortalamaları  $47.22 \pm 7.0$  olarak bulunmuştur. Analizler incelendiğinde resmi nikahı olmayan gebelerin durumluluk kaygı puan ortalamaları  $46.50 \pm 2.64$  iken, resmi nikahlı olan gebelerin durumluluk kaygı puan ortalamaları  $40.86 \pm 5.80$  bulunmuş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Gebelerden üç ve daha fazla abortus yaşayanların süreklilik kaygı puan ortalaması  $52.22 \pm 3.71$  olup, hiç abortusu olmayanların  $46.99 \pm 7.26$ , bir abortusu olanların  $48.30 \pm 7.39$  iki abortus deneyimi olanların ise  $44.73 \pm 4.49$  olarak bulunmuştur. Üç ve daha fazla abortus deneyimi olanların süreklilik kaygı düzeyleri diğer gruplarla karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hiç çocuğu olmayan gebelerin durumluluk kaygı puan ortalamaları  $42.17 \pm 5.15$  iken bir çocuğu olanların  $39.29 \pm 5.22$ , iki çocuğu olanların  $38.75 \pm 6.85$ , üç ve daha fazla sayıda çocuğu olanların ise  $41.92 \pm 6.66$  olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olma durumuna göre çocuğu olmayanların durumluluk kaygı puanları çocuğu olan gebelere göre yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Abortus imminens tanısı ile yatan gebelerin durumluluk kaygı puan ortalaması  $41.89 \pm 5.66$ , missed abortus tanısı ile yatanların  $40.30 \pm 5.84$ , habituel abortus tanısı ile yatanların  $40.60 \pm 4.39$ , teropatik abortus tanısı ile yatanların  $35.38 \pm 3.50$ , elektif abortus tanısı ile yatanların  $43.00 \pm 8.48$  ve inkomplet abortus tanısı ile yatanların  $40.11 \pm 6.67$  olarak bulunmuştur. Teropatik abortus tanısı ile yatan gebelerin durumluluk kaygı puanları diğer abortus çeşitlerine göre düşük bulunmuştur olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda abortus nedeni ile hastanede yatan gebelerin medeni durumları, daha önceden yaşanan abortus deneyimi ve hiç çocuğu olmayanların kaygı puanlarının yüksek olması nedeniyle gebelere kaygı ile baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Ayrıca abortus tanısı ile yatan gebelere sağlık çalışanları tarafından bütün uygulamalar ile ilgili etkin açıklamaların yapılması, tüm aşamalarda gebeye kendi durumu ve bebeğinin durumu hakkında bilgilerin verilmesi kaygı ile baş etmede önem taşımaktadır. Abortus tanısı ile klinikte yatan gebelerin kaygı puanları aynı yaş grubu sağlıklı kadınlara oranla daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, Abortus, Anksiyete

- Arş. Gör. Sultan GERÇEK, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - sultangercek@gmail.com
- Arş. Gör. Özlem DURAN, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - oduran@cumhuriyet.edu.tr
- Fatma ÖZER, Ebe
- Dilek ŞENCAN, Ebe

**MALATYA İL MERKEZİNDEKİ 35 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA MENOPOZ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ****M. OMAC, G. GÜNEŞ, R. AYLAZ, F. ÇİLEDAĞ****Giriş ve Amaç**

Kadın yaşam süresinin artması ile birlikte menoz dönemi içerisinde geçirilen süre de artmaktadır. Gelişmiş ölkelerde kadınların hayatlarının 1/3' ünü menoz döneminde geçirdikleri bilinmektedir. Bu çalışma Malatya il merkezindeki 35 yaş ve üzeri kadınlarda menoz durumu, menoz yaşı ve etkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Malatya il merkezindeki sağlık müdürlüğüne bağlı farklı sosyodemografik özelliklere sahip 2 sağlık ocağı bölgesinde yaşları 35 ve üzeri olan 265 kadın katılmıştır. Adafı sağlık ocağı bölgesinde 4907, Hanımın Çiftliği sağlık ocağı bölgesinde 1648 kadın çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışma kesitsel özellik taşımaktadır. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Halk Sağlığı ve Hemşireliği dersinin uygulamasında ev ziyaretlerinde izlemek için basit rastgele yöntemle ev halkı tespit fişlerinden seçilen minimum örneklem sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Orta düzey sosyodemografik özelliklere sahip Adafı Sağlık Ocağına bağlı 35 yaş üzeri 112, düşük düzeye sahip Hanımın Çiftliği Sağlık ocağına bağlı 153 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Kadınlara sosyodemografik özellikleri ve menoz durumlarını belirlemek için 32 soru içeren anket formu halk sağlığı uygulamasını alan öğrenciler tarafından yüzyüze uygulanmıştır. Öğrencilere 2 saatlik anket uygulama eğitimi verilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurum ve hastalardan izin alınmıştır. Bu çalışma, 2006 Şubat- Haziran ayları arasında yürütülmüştür. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde "SPSS for Windows" programı 11.0 versiyonu kullanılmıştır.

**Bulgular**

Kadınların yaş ortalaması 53.9' dur. Ortalama menoz girme yaşları 46.9' dur. Araştırma katılan kadınların 167'si (%63.5'i) menoz girmiştir. Menoz giren kadınların 27' si (%16.1) cerrahi menoz girdiklerini bildirmiştir. Menoz giren kadınların 86' sı (%32.5) premenoz dönemindedir. İki sağlık ocağı bölgesinde veriler birbiriyle uyumludur fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda, sigara içenlerde, doğum kontrol hapı kullananlarda, Beden Kitle İndeksi düşük olanlarda, annenin menoz yaşı daha az olanlarda, evlilik yaşı düşük olanlarda menoz girme yaşı daha düşük bulunmuştur. (P<0.001).

**Sonuç**

Ortalama menoz yaşları 46.9' dur. Malatya'da yapılan çalışmada ortalama menoz yaşı, Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla uyumludur. Menoz durumları ile eğitim, doğum kontrol hapı kullanımı, annenin menoz yaşı, evlilik yaşamının etkili olduğu belirlenmiştir. Menoz girmede değiştirilemeyen faktörler olduğu gibi değiştirilebilir faktörler de vardır. Bu konuda kadınların bilgilendirilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler**

Menoz, cerrahi menoz, kadın sağlığı, kadın

## MANİSA İL MERKEZİNDEKİ İKİ HASTANEDE DOĞUM YAPAN LOĞUSA KADINLARIN GEBELİK DÖNEMİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. DEVECİ, Y. KAPLAN, F. ÖZBAŞARAN**

### Giriş ve Amaç

Sağlıklı topluma ulaşmada annelerin sağlıklı olması, bebek ve çocukların da sağlıklı olmasının ön koşuldur. 2003 TNSA'na göre, gebelerin %18.6'sı hiç doğum öncesi bakım almamıştır. Doğum Öncesi Bakım hizmetlerinin niteliği bir yana, niteliksel yetersizlik de "bireylerin sağlıklarını korumak için kendilerine düşeni yapmaları" olarak tanımlanan "öz-bakım"ın gebelik dönemindeki önemini ortaya koymaktadır. Çalışma, loğusaların tüm gebelikleri boyunca bakımlarına yönelik davranışlarını belirlemek ve öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı-kesitsel türdedir. Veri toplamada, gebelerle eşlerinin sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerini, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumu, doğurganlık bilgileri, gebelik ve doğumda sorun yaşama, gebelik bakım konusunda bilgi alma durumlarını sorgulayan Birey Tanıtım Formu, gebe izlemleri sonucunda kazanılması beklenen davranışları, niteliksel açıdan değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen, 10 alt alanda, toplam 34 sorudan oluşan ve 32 puan üzerinden değerlendirilen Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri (GODE) ile bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneğini ölçmekde kullanılan, beşli Likert ölçek kullanılarak hazırlanmış 35 sorudan oluşan ve 140 puan üzerinden değerlendirilen Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma, 2008 yılı Mayıs ayında, Manisa Doğumevi (MDE) ile Özel Vatan Hastanesinde (ÖVH) gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini, 2008 yılı Mayıs ayında bu hastanelerde doğum yapan gebeler oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiştir. MDE'nde doğum yapan 344 kadının 313'ü (%90.4); ÖVH'nde doğum yapan 97 kadından 91'i (%93.8) çalışmaya katılmıştır. Veri, loğusalarla yüz yüze görüşülerek, CBÜ SYO Hemşirelik 3.sınıf öğrencilerince toplanmıştır. SPSS 10.0 programında tanımlayıcı, tek değişkenli ve çok değişkenli çözümleme yöntemleriyle, (p<0.05) anlamlılık düzeyi belirlenerek değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların kimi tanımlayıcı özellikleri şöyledir: yaş ortalaması 25.7±4.6 (17-40), %6.9'u okur-yazar değil, %42.6'sı ilkökul mezunu, %81.6'sı ev kadını, %22.3'ünün sosyal güvencesi yok /Yeşil Kartlı, %58.4'ü SSK'lı, %74.5'i çekirdek aile üyesi, %41.6'sının geliri giderden az. Doğurganlık özelliklerine göre, yaşayan çocuk sayısı 1.7±0.8, %9.9'u düşük, %3.2'si ölü doğum yapmış, %10.9'u en az bir kez kürtaj yaptırmıştır. Kadınların ilk evlenme yaşı 21.0±3.4 ve %89.4'ünün evlilik süresi on yıldan azdır. Katılımcıların %79.0'u gebelik bakımı konusunda bilgi aldıklarını, %93.5'i bilgi kaynağı olarak sağlık kuruluşlarını belirtmişlerdir. Tek değişkenli çözümlenelerde: özel hastanede doğum yapanlar, çalışan kadınlar, kendisi ve eşi ortaokul ve üstü eğitimliler, sosyal güvencesi olanlar, çekirdek aile üyeleri, isteyerek gebe kalanların her iki ölçek skorları: 26 yaş ve üstündekiler, gebelik bakımı konusunda bilgisi olanlarla geliri giderinden çok olanların GODE skorları: diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çoklu regresyon çözümlenelerinde, loğusaların eğitim düzeyleri ve yaşları arttıkça, meslek sahibi olma ve çekirdek aile üyesi olmayla GODE skorları: eğitim düzeyi arttıkça ve çekirdek aile üyesi olmayla da öz-bakım gücü skorları artmaktadır. GODE beslenme, hijyen ile egzersiz alt alan puanları ve toplam skorlarıyla öz-bakım gücü skorları arasında; orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

### Sonuç

Eğitim düzeyinde artış ve çekirdek aile üyeliği hem GODE, hem de öz-bakım gücü skorları ile ilişkilidir. Kadınların gebelik ve doğum sürecindeki istedik davranışlarını değerlendirmede her iki ölçeğin birlikte kullanılması uygun olur.

### Anahtar Kelimeler

Gebelik dönemi, öz-bakım, Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri, Öz Bakım Gücü Ölçeği

- Yrd. Doç. Dr. Serol DEVECİ, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu - serol.deveci@bayar.edu.tr
- Öğr. Gör. Yunus KAPLAN, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu - kap99lan@yahoo.com
- Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - fozbasaran@yahoo.com

**MANİSA KENT MERKEZİNDE GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM KULLANIMINDAKİ DEĞİŞMELER**

G. DİNÇ HORASAN, T. PALA, G.YASLI, S. CAMBAZ, N. NESANIR, S. DEVECİ, M. ŞERİFHAN İLGÜN,  
P. BAYSAN, C. ÖZCAN

**Giriş ve Amaç**

Manisa Kent merkezinde 1999 ve 2005 yılları arasında gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişimleri değerlendirmek

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın verileri 2005 ve 1999 yılı Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırma (MNSA)'ları kapsamında toplanmıştır. Her 2 çalışma da sağlık evi nüfuslarına orantılı küme (her birinde 10 hane bulunan kümeler) örneklem yöntemi ile seçilen örnek grupları üzerinde yürütülmüştür. 1999 MNSA toplam 1680 hanede yaşayan 1644 evli doğurgan çağ kadın, 2005 MNSA kapsamında ise 3270 hanede bulunan 1965 evli doğurgan çağ kadın araştırma grubunu oluşturmuştur. Veriler SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde ki kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

2005 yılında Manisa kent merkezinde yaşayan doğurgan çağ kadınların %73.8'i gebeliği önleyici herhangi bir yöntem, %50.2'si herhangi bir modern yöntem, %23.6'sı ise herhangi bir geleneksel yöntem kullanmaktadır. Bu oranlar 1999 MNSA'nda sırasıyla %71.5, %45.5 ve %26.0 olarak saptanmıştır. Son 6 yıl içinde Manisa kent merkezinde yaşayan doğurgan çağ kadınlarda hem toplam yöntem kullanımı ( $p>0.05$ ) hem de kullanılan yöntemler içinde modern yöntem kullanımı ( $p<0.01$ ) artmıştır. Geleneksel yöntem kullanımında 'bir başka deyişle kullanılan geleneksel yöntemlerin neredeyse tümünü oluşturan geri çekme kullanımında- az da olsa bir düşme saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

2005 yılında en sık kullanılan yöntemler RİA (%23.2) ve geri çekmedir (%23.0). Diğer gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılması ile ilgili verilere bakıldığında, kadınların %16.7'sinin kondom, %6.7'sinin tüp ligasyonu ve %3.1'inin hap kullandığı görülmektedir. Zaman içinde modern yöntem kullanımı açısından değişim değerlendirildiğinde kondom kullanımının %10.5'den %16.7'ye ve tüp ligasyonu kullanımının %5.1'den %6.7'ye yükselmesi dikkat çekicidir. Diğer modern yöntemlerin 1999 yılında ve 2005 yılında kullanıma oranlarının benzer olduğu görülmektedir.

Özellikle genç ve yaşlı kadınlar, çocuğu olmayanlar ve çocuk sayısı 4'ün üzerinde olanlarda, daha eğitimsiz ve geçekundu bölgesinde yaşayan kadınlarda herhangi bir yöntem kullanımı oranlarında artış saptanmış olup, bu artıştan daha çok modern yöntem kullanımındaki artış sorumludur.

**Sonuç**

Manisa kent merkezinde 1999 ve 2005 yılları arasında gebeliği önleyici yöntem kullanımı %2.3, modern yöntem kullanımı %4.7 düzeyinde artmıştır. Yöntem kullanımı konusunda olumlu yönde yaşanan bu değişimler özellikle sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan kadınlarda yaşanmış, bunun sonucu olarak yöntem kullanımı açısından üst ve alt sosyal sınıfta yer alan kadınlar arasındaki -üst sosyal sınıf lehine söz konusu olan- farklılıkların azaldığı saptanmıştır. Ancak her 2 çalışmada da geleneksel yöntem kullanımının üst ve alt sosyal sınıfta yer alan kadınlarda yaygın bir sorun olması dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Gebeliği önleyici yöntem, nüfus ve sağlık araştırması, değişim, modern yöntem, geleneksel yöntem

- Doç. Dr. Gönül Dinç Horasan, CBÜ, Halk sağlığı - dincgonul@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Tümer Pala, Aliağa Sağlık Sahil Denetleme Merkez Teşkilatı
- Arş. Gör. Dr. Gökben Yaslı, CBÜ, Halk sağlığı - gokben.yasli@gmail.com
- Öğr. Gör. Seval Cambaz, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Yüksek Okulu
- Uzm. Dr. Nasır Nesanir, Toplum Sağlığı Merkezi, Düzce

**MANİSA'DA GEBELİKTE SİGARA KULLANIMI; YARI KENTSEL ALAN ÖRNEĞİ****Saliha ALTIPARMAK, Osman ALTIPARMAK, Hülya DEMİRCİ AVCI****Giriş ve Amaç**

Gebelikte sigara kullanımı dünyanın çoğu bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık sorunudur. Nikotin kullanım sıklığının yüksekliği ve bilinen teratojen ajanlardan olması nedeniyle, ayrıca halk sağlığına etkileri önlenemez nitelikte olduğu için mücadele edilmesi gereken önemli etkenlerdendir. Çalışmanın amacı, Manisa 5 No'lu merkez sağlık ocağı bölgesindeki gebe kadınların sigara içme durumlarını ve ilişkili etmenleri tanımlamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma, kesitsel tipte bir saha çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini, Manisa ili 5 No'lu Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde oturan tüm gebe kadınlar (n= 130) oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü epi info statcalc istatistik programında P=0.50, örnekleme hatası 0.05 alınarak, %95 güven sınırında 94 olarak belirlendi. Gebe kadınların seçiminde sistematik örnekleme yöntemi kullanıldı ve gebe izlem kartlarından ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebe kadınlar araştırma kapsamına alındı. Araştırmada veriler Ekim- Kasım 2006 tarihleri arasında sosyo-demografik özellikleri ve sigara kullanım ve maruziyet özelliklerini sorgulayan iki ayrı form ile toplandı. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 10.00 paket programı kullanılarak analiz edildi. Gruplar arasındaki anlamlılık ki-kare testi ile ve Odds-Ratio oranları ile değerlendirildi.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan gebelerin %89.4'ü 35 yaş ve altında, %10.6'sı 35 yaş ve üzerindedir (26.7±5.8, 18-45). Gebelerin %17.1'i okur yazar değil, %35.1'i ilkökul mezunu, %7.4'ü ortaokul mezunu ve %2.1'i lise mezunudur. Gebelerin %97.9'u ev hanımıdır ve %6.4'ünün bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Gebelerin %70.2'si multigravida, %61.7'si ikinci trimesterdedir. Gebelik haftası dağılımı 28.8±6.7 (16-40) dir. Gebelik sayısı dağılımı 2.7±2.0 (0-8)dir. Kadınların 7.4'ü en az biri isteyerek düşük, %23.4'ü en az bir kendiliğinden düşük ve %7.4'ü en az bir ölü doğum yapmıştır. Çalışmada gebe kadınların %19.1'inin gebelik süresince sigara içtiği ve yaş, gelir ve kente kalın süre ile gebelikte sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p< 0.05).

**Sonuç**

Sağlık personeline verilen hizmet içi eğitim programlarında, gebelikte sigara kullanmanın riskleri üzerinde önemle durulmalı ve sağlık personeli aracılığıyla gebelerin konuyla ilgili doğum öncesi eğitimi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Gebelik, sigara, bebek

- Öğr. Gör. Saliha Altıparmak, CBÜ - Sağlık Yüksek Okulu - salihaozpinar@gmail.com
- Üzm. Dr. Osman Altıparmak, Manisa Devlet Hastanesi - osmanzara@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Hülya Demirci Avcı, CBÜ - Sağlık Yüksek Okulu -

**MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT SONRASI EŞ UYUMLARI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN DEğERLENDİRİLMESİ****İ. A. AVCI , A. OKANLI, E. KARABULUT, N. BİLGİLİ****Giriş ve Amaç**

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmada, mastektomi olmuş meme kanserli kadınların ameliyat sonrası dönemde eş uyumları ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi kliniklerinde 01.09.2007-01.04.2008 tarihleri arasında yürütölmüŐtür. Araştırmaya mastektomi olmuş, başka organ metastazı olmayan, evli ya da bir eŐle yaşayan, herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan, ulaşılabilen ve iletişim kurulabilen, çalışmaya katılmaya istekli olan kadınlar alınmıştır. Araştırmada power analizle örnekleme büyüklüğü (n=38) hesaplanmış, sonuçta araştırmaya katılma kriterlerine uyan 59 vaka kapsama alınmıştır. Bu araştırmada kadınların tanımlayıcı özellikleri (8 soru), evlilik özellikleri (6 soru) ve yalnızlık düzeylerine (2 soru) yönelik soruları içeren soru formu ile Çift uyum ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı üniversitenin etik kurulundan onay alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, mann-whitney U ve kruskal wallis analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular**

Kadınların yaş ortalaması 47.23±7.90 olup, %61'i ilkokul eğitimine sahiptir. Kadınların %61.72'si gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmiş; %44.7'si Şehirde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %72.3'ü ameliyat öncesinde evliliklerinin iyi olduğunu; %38.3'ü ameliyatın evliliklerini etkileyemeyeceğini düşündüklerini ifade ederken, %34'ü evliliklerinin kötü etkileneceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Kadınların umutsuzluk puanları 5.02±4.82; eş uyumu puanları ise 102.79±24.68 olarak bulunmuştur.

**Sonuç**

Araştırma sonucunda kadınların umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu, eş uyumlarının orta düzeyde olduğu; yaş, eğitim, yaşanılan yer ve ameliyat öncesi evlilik ilişkisi durumlarının umutsuzluk ve eş uyumunu etkilemediği bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler**

mastektomi, umutsuzluk, eş uyumu

- Yrd. Doç. Dr. İLKNUR AYDIN AVCI, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ - ilknursezera@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. AYŞE OKANLI, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ - Okanli@atauni.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. ELANUR KARABULUT, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
- NURAN BİLGİLİ, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ



**RİSKLİ GEBELİKLERDE DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****M. Ş. ŞAHSIVAR, K. MARAKOĞLU, S. ÇİVİ****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, riskli ve risksiz gebeliği olanlarda sosyodemografik özelliklerin, depresif semptom görülme düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışmanın evrenini, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne 15 Şubat-31 Ağustos 2006 tarihleri arasında başvuran 297 gebe oluşturdu. Araştırmacı tarafından kadınlara bilgi verilip rızaları alındıktan sonra sosyodemografik bilgi formu, WFOQOL-BREF (TR) ve Beck Depresyon Ölçeği, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanıp verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedildi. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kesme puanı 17 olarak alındı.

**Bulgular**

Çalışmamıza katılan gebelerin %34.4'ünde (n=102) ve riskli gebelerin %42.6'ında (n=49) BDÖ düzeyleri 17 ve üzeri olarak bulundu. 17 ve üzeri BDÖ düzeyi olanlarda riskli gebelik görülme durumu, 16 ve altı BDÖ düzeyine sahip olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.017). Riskli gebelik durumu eşleri ilköğretim, ortaokul ve lise mezunu olan gebelerde eşleri üniversite mezunu olanlara göre 3-4 kat [sırası ile OR, %95 CI: 3.060 (1.430-6.549), 4.474 (1.840-10.879), 3.222 (1.546-6.714)]; eşleri işçi, serbest ve işsiz olan gebelerde eşleri memur olan gebelere göre yaklaşık 1.7-2.8 kat [sırası ile OR, %95 CI: 2.804 (1.382-5.689), 1.853 (0.955-3.598), 1.679 (0.434-6.495)]; BDÖ düzeyi 17 ve üzeri olanlarda 16 ve altı olanlara göre 1.8 kat artarken [OR=1.807, %95 CI: (1.108-2.946)]; çalışmayan gebelerde çalışan gebelere göre yaklaşık 3 kat artmakta idi [OR %95 CI: 3.167 (1.345-7.460)]. Riskli gebelerin fiziksel sağlık (p<0.001) psikolojik sağlık (p=0.036), sosyal ilişkiler (p<0.001) ve genel (p<0.001) alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu.

**Sonuç**

Çalışmamızda riskli gebelerin %42.6 gibi yüksek bir oranında depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı ve riskli gebeliğin yaşam kalitesini düşürdüğü görüldü. Gebelik depresyonunun erken tanısı ve tedavisi anne ve bebek açısından çok önem taşımaktadır. Hekim tanı koyar koymaz kar-zarar oranını değerlendirerek tedavi verip vermeyeceğine karar vermek durumundadır.

**Anahtar Kelimeler**

Gebelik, depresyon, risk faktörleri, tedavi, yaşam kalitesi

- Uzm. Dr. M. Şule ŞAHSIVAR, Sarayönü Devlet Hastanesi, KONYA - drsahsivar@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. KONYA - kmarakoglu@yahoo.com
- Prof. Dr. Selma ÇİVİ, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. KONYA - selmacivi@yahoo.com

## SERVİKS KANSERİNDE AŞI UYGULAMALARI

**E. BARAN, M. ÇÖL**

### Giriş ve Amaç

Dünya genelinde kadınlar arasında insidans olarak ikinci, mortalite açısından beşinci sırada görülen serviks kanserinin kontrolünde; birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemlerinin yeri vardır. Bu derlemede birincil korunma yöntemi olan Human Papilloma Virüsü (HPV) aşılarının serviks kanserini önlemedeki rolünün çok yönlü incelenmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Derlemede konu ile ilgili; kitap, makale, rapor, detaylı ürün bilgisi, Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı gibi resmi sitelere ulaşılmıştır.

### Bulgular

Türkiye genelinde kadınlarda görülen kanserler içerisinde serviks kanseri dokuzuncu sıradadır (2003). HPV serviks kanserlerinin %99'unda pozitif olup HPV 16 ve 18 serviks, vajen ve anüs kanserlerinin yaklaşık yüzde 70'inin nedenidir. HPV 6 ve 11'de anogenital siğillerin yüzde 90'ından sorumludur. HPV'ye yönelik profilaktik aşılar: HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı etkili quadrivalan aşı ile HPV 16 ve 18'e karşı etkili bivalan aşı olup ülkemizde de ruhsatlandırılmışlardır. Aşılar 9-26 yaş arasındaki kız ve kadınlara 6 ay içerisinde üç doz olarak kas içine uygulanır. Aşılardan serviks kanserine neden olan HPV tiplerine koruyucu etkisi çapraz korumalarla birlikte %80 dolayındadır. Quadrivalan aşının 5 yıla , bivalan aşının 6,4 yıla varan çalışmalarda yüzde yüze varan etkililiği gösterilmiştir. Aşılardan ilgili ciddi yan etkiler bulunmamıştır. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda aşılardan maliyet etkili olabileceği belirtilmiştir. Aşılardan kullanılmasıyla ileride anormal Pap test oranında ve takibinde azalma, servikal biopsi ve cerrahi işlemlerde azalma ile spesifik testlerin ortaya çıkması gibi değişiklikler beklenmektedir. Aşılardan erkeklerde ve 9-26 yaş dışındaki kız ve kadınlarda etkisinin bilinmemesi ile rapel doz ihtiyacı gibi konularında sorunlar vardır. Aşılardan tüm onkogenik tipleri içermediğinden, aşılardan önce infekte olmuş olanlarda etki düşük olduğundan ve aşılardan alınmamış kadınlar daha fazla risk altında olacağından taramalar mutlaka devam etmelidir. Gelişmekte olan ülkelerde taramaların yetersizliği, buna ilaveten aşılardan maliyeti sorun olarak gözükmektedir. Ayrıca doğru değerlendirmeler için her ülke özelinde HPV enfeksiyonu epidemiyolojisi iyi bilinmeli ve cinsel davranışlarla ilgili veriler olmalıdır.

### Sonuç

HPV aşılarının geliştirilmesi önemli olup servikal kanser insidansını ileride azaltacak gibi görünmektedir. Ülkemizde aşılardan maliyetinden dolayı rutin olarak uygulanması şu an için güçtür ancak ileride HPV'ye yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve aşılardan maliyetinin düşmesi durumunda tekrar değerlendirme yapılmalıdır. Genel öneri maliyetin düşürülmesiyle birlikte tarama ve aşılardan kombine edilmesidir.

### Anahtar Kelimeler

Human Papilloma Virüs Aşısı, Serviks Kanseri, Maliyet Etkililik

- Arş. Gör. Dr. EMİNE BARAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - eminibaran@yahoo.com
- Prof. Dr. MELTEM ÇÖL, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - meltemcol@yahoo.com

## ÜNİVERSİTEDE OKUYAN KIZ ÖĞRENCİLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

S. TÜRKER, M. ÇOLAK, İ. AKYÜZ

### Giriş ve Amaç

Çalışmamızın amacı üniversitede okuyan kız öğrencilerin aile planlaması (AP) hakkında bilgi düzeylerini ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemektir

### Gereç ve Yöntem

Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu 03.03.2008-28.03.2008 tarihleri arasında, Balıkesir Sağlık Yüksekokulunda ve diğer bölümlerde okuyan, görüşmeyi kabul eden 210 kız öğrenciye yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Toplanan veriler, SPSS 10.0 programında yüzdelik ve frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi ve gruplar arası karşılaştırmalarda ki kare testi kullanıldı

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının  $20,8 \pm 1,5$  olduğu, %65,7'sinin il merkezinde yaşadığı, %47,1'inin iki kardeşe sahip olduğu görüldü. Öğrencilerin %86,7'sinin AP konusunda bilgiye sahip olduğu, bilgisiz olanların %58,8'inin bu bilgiyi okul eğitiminden, %15,9'unun sağlık personelinden aldığı saptandı. Öğrencilerin %13,3'ü AP yöntemlerinin ne olduğunu bilmediğini ifade ederken, bilenlerin en fazla bildiği yöntemler %92,3 ile hap, %86,7 ile kondom ve %83 ile rahim içi araç (RİA) olduğu görüldü. Öğrenciler en güvenilir yöntemi (%35,5) RİA, (%34,9) kondom ve (%14,8) hap olarak tanımladı. Gebe kalmak için en uygun zamanı, %68,6'sı menstrual siklusun 12-14. günler olduğunu ifade ettiği görüldü. Öğrencilerin %79,9'u eğitim çalışmasına katılmak istediği ve katılmak isteyenlerin ise %21,7'si gebelik ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi almak istediği saptandı. %70,5'inin bu eğitimi sağlık personelinde almak istediği görüldü. Yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin bilgi düzeylerinin diğer bölümlerde okuyanlara oranla istatistiksel olarak arttığı bulundu ( $p < 0,05$ ).

### Sonuç

Sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin AP konusunda bilgileri yeterli bulunurken, diğer bölümlerde okuyan öğrencilerin bilgilerinde eksiklikler olduğu ve eğitime ihtiyaç duydukları sonucuna varıldı.

### Anahtar Kelimeler

Öğrenci, Aile Planlaması, Eğitim

- MELTEM ÇOLAK, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - meltem\_colak85@hotmail.com
- Öğr. Gör. SEMİHAT TÜRKER, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - semihatturker@hotmail.com
- İMRAN AKYÜZ, BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ - imran\_16@live.com

**YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE DOğURGAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIğI****S. ULUDAğ KİS, E. GÜNDÜZ, G. AğRIDAğ****Giriş ve Amaç**

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği tarafından "sosyal veya hijyenik bir problem olacak şekilde istemsiz idrar kaçıırma" olarak tanımlanmıştır. Toplum çalışmalarında, kadınların %20-30'unun etkilendiğini ancak sadece %7-12'inin bunu bir problem olarak algıladıkları tahmin edilmektedir. Bu çalışma 15-49 yaşı kadınlarda üriner inkontinans sıklığını belirlemek üzere yapıldı.

**Gereç ve Yöntem**

Üç tipi olan inkontinans bu çalışmada sorgulanarak ölçüldü. Çalışma kesitsel planlandı ve veri toplama 15 Ocak-15 Şubat arasında örneğe çıkan kadınların evlerine gidilerek yüz yüze görüşülerek yapıldı. Beldede yaşıyan 1379 kadından 25 i yedek 275 kadın izleme kartlarından sistematik örnekleme yöntemi ile seçildi. Örneğe çıkan kadınlardan 12 si evde bulunamadı, 4 kişi görüşmeyi reddetti. Çalışma 259 kadınla tamamlandı. Ankette 13 ü bağımsız değişkeni içeren 24 soru vardı. İnkontinans bağımlı değişkeni ile ilgili 20 parametreye bakıldı. Analizlerde frekans dağılımı ve x<sup>2</sup> testleri kullanıldı.

**Bulgular**

İnkontinans sıklığı %20,1 bulundu. İnkontinans; 35 yaş üzerinde, 4 ten fazla gebeliği olan ve idrar yaparken yanma şikâyeti olanlarda yüksekti (p=0.001). Çalışmaya katılan tüm kadınlarda olay sağlık problemi olarak görülmüyordu (%63,3). İnkontinansı olanlarda ise durum sağlık sorunu olarak kabul edilmiyordu (%61,5) (p=0.001) ve yaşlanma ile de ilişkilendirilmiyordu (p=0.04). İnkontinansı olanların %84,6 sı doktora başvurmamıştı. Hipertansiyon, diğer kronik hastalıklar ve ürogenital cerrahi öyküsü ile ilişki gösterilemedi. Sigara içenlerde inkontinans daha fazla görülmesine rağmen önemli bulunmadı.

**Sonuç**

İnkontinans prevalansı %20,1 di. Sorunu olanlar inkontinansı hastalık olarak kabul etmiyorlar. Toplumda soruna duyarlılık sağlanması, hastalık olarak algılanması ve doktora başvuru bilincinin geliştirilmesi için çalışılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

İnkontinans, fertil kadın, prevalans

- Arş. Gör. Dr. SELEN ULUDAğ KİS. ÇÜTF HALK SAğLIğI - skis@cu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. ESRA GÜNDÜZ. ÇÜTF HALK SAğLIğI - egunduz@cu.edu.tr
- Prof. Dr. GÜLSEREN AğRIDAğ. ÇÜTF HALK SAğLIğI - gagridag@cu.edu.tr

**ZONGULDAK İLİ ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZİNE 2008 YILI İLK ALTI AYINDA BAŞVURAN 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****T. AKYOL GÜNER, S. KISAKÜREK****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada, Zonguldak İli Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine 2008 yılı ilk altı ayında başvuran 15- 49 yaş evli ve herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların doğurganlık durumlarının ortaya çıkarılması, kullandıkları kontraseptif yöntem tercihleri ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Retrospektif tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Temmuz 2008 tarihinde Zonguldak İli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi kayıtlarının değerlendirilmesi ile yapılmıştır. 2008 yılı ilk altı ayında merkeze başvuran 842 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. %95 güven aralığında ve %50 prevalansla  $\pm 5$  sapma ile sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak örnekleme seçilen 268 kadının verileri, 15-49 yaş kadın izlem fişlerinden, konuyla ilgili anket formu doldurularak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS Ver.13.0 programında değerlendirilmiş, karşılaştırmalarda Ki-Kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmada, aile planlaması yöntemi kullanan kadınların % 75'i etkili, %25 etkisiz aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Etkili aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %24,3'ü kondom, %20,5'i spiral, %16,0'ı oral kontraseptif, %13,4'ü tüpligasyon, %0,7'si enjeksiyon yöntemini kullanmaktadır. Etkisiz aile planlaması yöntemlerinden olan geri çekme yöntemi halen evli çiftler arasında oldukça yaygın kullanılmakta olup %24,3 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda araştırma için verileri toplanan kadınların eğitim düzeyi arttıkça etkili aile planlaması yöntem kullanım oranının artmakta, geleneksel yöntem kullanım oranının azalmakta olduğu, çalışan bayanların ev hanımlarına göre geleneksel aile planlaması yöntemlerini daha az kullandıkları bulunmuştur. Ancak kadınların yaşadıkları gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı gibi doğuma ilişkin özellikler ile kullanılan aile planlaması yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Sonuç**

Aile planlamasında bugün geline noktaya bakıldığında, modern yöntem kullanımında önemli artışlar görülmektedir. Araştırmamızda da etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımının yüksek düzeyde olduğu bulunmuş, kullanılan aile planlaması yöntemlerinin sıklık sıralamasının Türkiye genelinde kullanılan aile planlaması yöntem kullanım sıklık sıralamasına benzer olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler**

Aile planlaması, evli kadın, kontraseptif yöntem.

- Öğr. Gör. TÜRKAN AKYOL GÜNER, ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİV. SAĞLIK HİZ. MESLEK Y.O. - akyol\_turkan@hotmail.com
- Öğr. Gör. SERAP KISAKÜREK, ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİV. SAĞLIK HİZ. MESLEK Y.O. - serapk318@hotmail.com

## KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN DİĞER BİR TÜRÜ TOPLUM BASKISI

**Selma KAHRAMAN, Ümit SEVİĞ**

### Giriş ve Amaç

Her toplumda var olan ve kültüre göre belirlenen kalıplaşmış yargılar, kişileri belirli beklentilere cevap verecek şekilde davranmaya yol açarak, bir baskı oluşturmaktadır. Bu baskı kadınlarda, toplumsallaşma süreci boyunca, toplumsal cinsiyet rollerine ait kavramlaşmaların (annelik, kadınlık, kendini eşine ve çocuklarına adama) etkisinde bırakılmaktadır. Bu araştırma, kadına yönelik toplum baskısını (mahalle baskısı) belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evreni; Kayseri Merkezde bulunan tüm “Halk Eğitim Merkezleri”ne giden toplam 350 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın evreninden, örnek seçimine gidilmemiş tüm kadınlar örnek grubu olarak kabul edilmiştir. Buna göre, toplam 251 kadına ulaşılarak araştırmanın örneği oluşturulmuştur. Veriler, literatürler ışığında hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Değerlendirme için de, SPSS 15 paket programında Ki-kare ve yüzde hesabı kullanılmıştır.

### Bulgular

Bu çerçevede, araştırmaya katılan kadınların, %34,7’si 30-40 yaşları arasında, %39,0’i ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kent ortamında yaşamayı tercih eden kadınların (%86,1), % 55,0’i imkânların daha fazla ve özgür oldukları için kentte yaşamak istediklerini söylemişlerdir. Kadınların %31,9’u erkeklerin daha özgür olduğunu düşünerek erkek cinsiyette olmak istediği, % 42,7’si kız çocuğu diye okula gönderilmediği saptanmıştır. Okula tekrar devam etmek isteyen kadınların % 44,2’si özgürlük ve sosyallik için okumak istediğini ifade etmişlerdir. Hangi cins okula gitmeli sorusuna, kızları tercih eden % 18,0 kadının, %95,6’sı “toplum baskısını azaltmak için gitmelidir” ifadesini kullanmışlardır. Evli kadınların %40,6’sı görücü usulü ile evlendiğini ve bu kadınların % 79,3’ü severek evlenmeyi tercih ettiği belirtmişlerdir. “Kadının yeri evidir” sözüne katılan kadınların %90,6’sı kadının evde çok fazla sorumlulukları olduğu için evde kalmalıdır ifadesini kullanmışlardır. Kadınların % 62,9’u, kocası ve çocukları ihmal eder diyerek “Kadın eve kocasından erken gelmelidir” sözüne katılmışlardır. Bu söze katılma durumu, eğitim düzeyi azaldıkça artmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $X^2 = 0,01$  p < 0,05). Çocuk sahibi olan kadınların % 25,1’i büyüklerin baskısı yüzünden çocuk yaptıklarını ve çalışan kadınların 48,4’ü erkeklere muhtaç olmamak için çalışmak istediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların %55,8’i kararları verirken eşinden etkilendiği ve bu etkilenmeyi azaltmak için ne yapılacağını söyleyenlerin % 40,8’i, eğitimin ve bir meslek sahibi olmanın gerekliliğini belirtmişlerdir.

### Sonuç

Sonuç olarak kadınlara yönelik toplumsal hala devam etmekle birlikte kadının yaşamının ve özgürlüğü önemli ölçüde etkilemektedir.

### Anahtar Kelimeler

Kadın, toplum baskısı

- Arş. Gör. Selma Kahraman, E.Ü. Atatürk SYO - selmadinc@mynet.com
- Prof. Dr. Ümit Seviğ, E.Ü. Atatürk SYO - usevig@erciyes.edu.tr

## ANKARA'DA BİR AÇSAP MERKEZİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KARŞILAŞTIKLARI KAZALAR VE İLKYARDIM UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

**Mehmet KAYA, Taner AYDIN, A. Sevgi KÖSTEL, Şafak PARLAK, Miray SEKKİN, Ayşenur SELİMOĞLU, A. Naci YILDIZ, Nazmi BİLİR**

### Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre kaza önceden planlanmamış, beklenmeyen, ani olarak ortaya çıkan yaralanma, hasar veya insan ve/ veya mal kaybı ile sonuçlanabilen bir olaydır. Bu çalışma 7-9 Ağustos 2007 tarihleri arasında Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki bir AÇSAP'a başvuran 18 yaş üstü bireylerin; karşılaştıkları kaza sıklığını ve bu kazalardaki yaptıkları ilkyardım uygulamalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya 305 kişi katılmıştır. Veriler sosyodemografik özellikler, son üç ayda geçirilen kazalar ve meydana gelen kazalar sonrası yapılacak ilkyardım müdahalelerine ait bilgileri içeren 24 soruluk anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Katılımcıların ilkyardım müdahalelerine ait bilgileri senaryo haline getirilmiş sorulara verdiklere yanıtlara göre değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların %70.5'i kadındır, %27.5'i 25-34 yaş arasındadır, %38.7'si lise ve üzeri öğrenim durumuna sahipken %3.3'ü okur-yazar değildir. Araştırmaya katılanların %30.2'sinin ehliyeti vardır, %38.4'ünün yakınları arasında sağlık personeli bulunmaktadır. Katılımcıların %49.2'si ilkyardım konusunda bilgisinin olduğunu belirtmiştir. Bilgi kaynakları arasında en sık (%15.2) televizyon belirtilmiştir. Araştırma grubunun %14.6'sı herhangi bir ilkyardım kursuna katılmıştır, %63.3'ü Hızır Acil Servis'in numarasını doğru bilmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olanların, erkeklerin ve ehliyeti olanların Hızır Acil Servis'in numarasını bilme sıklığı diğerlerine göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Katılımcıların evlerinde toplam 1086 kişi yaşamaktadır bunların %37.1'i son üç ay içinde en az bir kaza geçirmiştir. Bu kazaların %87.3'ü ev kazalarıdır ve en sık mutfakta meydana gelmiştir. Ev kazaları arasında en sık düşme, çarpma ve kırıklar (%48.0) belirtilmiştir. Senaryo haline getirilen ilkyardım müdahalelerine ait bilgilerle ilgili sorularda doğru yanıt sıklıkları şu şekildedir; çamaşır suyu içme durumunda (%34.4), yanlışlıkla ya da intihar amacı ile ilaç içme durumunda (%57.7), solunum yolunun yabancı cisimle tıkanması durumunda (%65.3), yanık durumunda (%75.1), el kesisi durumunda (%75.7), elektrik çarpması durumunda (%81.3), gazla zehirlenme durumunda (%81.3). Ehliyeti olanlar olmayanlara göre solunum yolunun yabancı cisimle tıkanması ve elektrik çarpması sorusuna istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla doğru cevap vermiştir ( $p<0.05$ ). Diğer sorulara ilişkin karşılaştırmalarda istatistiksel olarak önemli düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

### Sonuç

Araştırma grubunun ilkyardım müdahalelerine yönelik bilgileri yeterli düzeyde değildir. İkyardım konusunda eğitimler beceri eğitimi ağırlıklı olarak yaygınlaştırılmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Ev kazaları, ilkyardım, ehliyet

• Arş. Gör. Dr. MEHMET KAYA, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - mkaya444@yahoo.com

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ BÜNYESİNDE BULUNAN 40 YAŞ VE ÜZERİ ERKEK PERSONELDE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRÜ TARAMASI****Ferya KARADAĞ YALÇIN , Erhan ESER, Ozan ÜTÜK****Giriş ve Amaç**

Koroner Arter Hastalığı (KAH) gelişmekte olan ülkelerde erkek ve kadınlarda mortalite ve morbiditesi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Celal Bayar Üniversitesinde (CBÜ) çalışan 40+ tüm erkek bireylerde kardiyovasküler hastalık riskini ve sıklığını belirlemek ve ilişkisini saptamak; kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin farkında olma, ilaç kullanma ve düzenli kontrol olma oranlarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki araştırmada 40 yaş ve üzeri erkek personelin tamamı araştırma kapsamına alınmış ve 413 kişi araştırma çevrenini oluşturmuş, bunlardan 346'sına (%84) ulaşılmıştır. Araştırma grubuna demografik, sosyoekonomik ve KAH'nın risk faktörlerine ilişkin soruları içeren anket formu uygulanmıştır. KAH'nın risk sınıflamasında TEKHARF Skorlama cetveli, Anjina pektoris varlığı Rose Anketi ölçeği, o günkü algılanan sağlık durumu EUROQOL (EQ-5D) ölçeği, Uyku apnesi varlığı Obstrüktif Sleep Apne anketi ile değerlendirilmiştir. Anket görüşmesinden sonra araştırmaya katılanların kan basıncı ölçülmüş, antropometrik ölçümleri alınmış, EKG'leri çekilmiş, kan örneği alınıp, ileri tanı için Kardiyoloji kliniğinden randevu alınmıştır.

**Bulgular**

Araştırmamıza katılanların yaş ortalaması 46-5.51'dir. Katılımcıların %47.7'i akademik personel, geri kalanı idari ve destek personeldir. Araştırmaya katılanlarda; %23.7 HT, %12.7 DM, obezite %12.3, abdominal obezite %20.3, yüksek total kolesterol %18.2, yüksek trigliserid %39.6, yüksek LDL-K %20.2, düşük HDL-K %43.2, sigara içme %62.7, alkol kullanma %37.3, spor yapmama %70.5 olarak saptanmıştır. KAH risk faktörleri skorlama cetveline göre katılımcıların % 68.8'i düşük (gelecek 10 yılda KAH geçirme olasılığı %10 ve altı), % 25.6'sı orta, ve %5.6'sı ise yüksek risk grubunda yer almaktadır. Metabolik Sendrom sıklığı %14.3 olarak saptanmıştır. Gerek toplam KAH riski, gerek Metabolik Sendromlu olma gerekse tekil KAH riskleri açısından alt sosyodemografik ve sosyoekonomik gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmada yapılan taramanın yararı Hipertansiyon için %56.3, Diyabetes Mellitus için %45.1, Dislipidemi için %45.4 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların yaş, çalışma süreleri, öz-soy geçmişinde yüksek kan basıncı olma, yüksek kan basıncı için ilaç kullanma, aspirin kullanma, beden kitle indeksi ile KAH olmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaptığımız araştırmada kişinin herhangi bir hastalığı olma, öz-soy geçmişinde yüksek kan basıncı ve DM olma, yüksek kan basıncı için ilaç kullanma, yüksek LDL-K düzeyi ve beden kitle indeksi ile Metabolik Sendrom olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

**Sonuç**

CBÜ 40 yaş ve üzeri erkek çalışanları koroner kalp hastalığı riski ve KAH risklerinin erken tanısı ve bu risklerden korunma açısından da kentsel toplumdaki diğer erkeklerden farklı değildir. Diğer taraftan araştırmaya katılanların kendi aralarında (akademik, idari ve destek personeli) gerek KAH risk prevalansı, gerekse risk faktörlerinin erken tanısı (ikincil korunma) açısından fark bulunmamıştır. Sayılan bu üç temel sonuca dayanarak, KAH risklerin farkındalığı sorununun Türk toplumunda sosyoekonomik fark gözetmeksizin çok yaygın bir sorun olduğu, KAH risklerinden ikincil korunma ile ilgili sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Koroner Kalp Hastalığı, KAH Risk faktörü, Üniversite Erkek Personeli

- Ferya KARADAĞ YALÇIN, CBÜ Hastanesi Kardiyoloji A.D. - feryakula@hotmail.com
- Prof. Dr. Erhan ESER, CBÜ Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Ozan ÜTÜK, CBÜ Hastanesi Kardiyoloji A.D.



**B TALASEMİ MAJOR VE ORAK HÜCRELİ ANEMİ HASTALARINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR****G. YAPICI, A. Ö. KURT, S. ÖNER, T. ŞAŞMAZ, R. BUĞDAYCI, A. TAMAM****Giriş ve Amaç**

Kalıtıl kan hastalıkları arasında en sık görülen Orak hücre hastalığı ve talasemiler, Türkiye için önemli sağlık sorunlarındandır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre talasemi taşıyıcılık oranı %2.1'dir. Mersin'de evlilik öncesi kalıtıl kan hastalıkları tarama programı yürütülmektedir. Hastaların sürekli kan transfüzyonu almak zorunda olmaları nedeniyle; dokularda demir birikimi ve kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar yaşamsal riskler oluşturmaktadır. Bu çalışma, talasemi ve orak hücreli anemi hastalarında görülen komplikasyonları ve sıklıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Mersin Devlet Hastanesi Hemoglobino-pati Merkezi tarafından izlenen talasemi ve orak hücreli anemi hastalarının dosyaları taranarak yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Hastalığa bağlı komplikasyonlar: viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, kalp, karaciğer, endokrin ve diğer sorunlar olarak gruplandırıldı. Hasta dosyalarından: HBsAg, anti-HBs, anti-HCV ve anti-HIV tetkik sonuçları tarandı. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, değişken karşılaştırmalarında Ki-kare, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis testleri kullanıldı.

**Bulgular**

Çalışmaya 25 erkek, 21 kadın toplam 46 kişi alındı. Yaş ortalamaları 18.4±10.9'du. 25'i b-talasemi major, 11'i orak hücreli anemi, 8'i Hb-S b-talasemi, 2'si talasemi intermedia hastasıydı. Hastaların 44'ünde en az bir komplikasyon vardı. İki hastada HBsAg pozitifliği, 2'sinde anti-HCV pozitifliği saptandı. Anti-HIV pozitifliği yoktu. Onüç hastada bakteriyel enfeksiyon belirlendi. 41 hastada karaciğer (hepatosplenomegali, hepatik fibroz, hepatosteatoz), 21 hastada kalp (üfürüm, aritmi, çarpıntı), 5 hastada endokrin komplikasyonlar (hipogonadizm, diyabet, osteopeni, büyüme geriliği) vardı. Karaciğer, kalp ve endokrin komplikasyonlar talasemi hastalarında orak hücreli anemi hastalarından daha fazla görüldü. Hastaların cinsiyetleri ile görülen komplikasyonlar arasında ilişki saptanmadı. Karaciğer komplikasyonları ilk 25 yaşta fazlaydı. İlk 15 yaşta ise hiç endokrin komplikasyon saptanmadı.

**Sonuç**

Kalıtıl kan hastalıkları, hastalığa bağlı komplikasyonların sık geliştiği hastalıklardır. 46 hastanın 44'ünde bir komplikasyon saptandı. Kan donörlerinde hepatit B, hepatit C ve anti HIV tetkikleri yapılmaktadır. Ancak hastalığın penecere döneminde tetkikler negatif sonuç vermektedir. Çalışmamızda hastaların 2'sinde Hepatit B, 2'sinde hepatit C pozitifliği saptandı. Hastaların 13'ünde bakteriyel enfeksiyon vardı. Talasemi hastalarında enfeksiyonlar hızlı yayılım gösterdiğinden dikkatli olunmalıdır. Talasemi hastaları karaciğer, kalp ve endokrin komplikasyonlar bakımından orak hücreli anemi hastalarından daha fazla risk altında olduklarından, bu hastaların takiplerinin daha sık yapılması gerekir. Özellikle ilk 25 yaşta karaciğerde görülecek komplikasyonlar, 15 yaşındadır, sonra ise endokrin komplikasyonlar bakımından hastaların sık takipleri uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

B talasemi, orak hücre anemisi, komplikasyon

- Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - gulyapici@yahoo.com.tr
- Yrd. Doç. Dr. A. Öner KURT, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - onerku@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Seva ÖNER, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - sevaloner@yahoo.com
- Doç. Dr. Tayyar ŞAŞMAZ, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - sasmaz\_tayyar@yahoo.com
- Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi - rbugdayci@yahoo.com
- Dr. Ali TAMAM, Mersin Devlet Hastanesi - alitamam33@hotmail.com

**19 MAYIS SAğLIK OCAğI'NA 3-5 HAZİRAN 2008 TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE KRONİK AğRININ ARAŞTIRILMASI VE WHOQOL-BREF-TR İLE YAŞAM KALİTELERİNİN DEğERLENDİRİLMESİ****K. H. ALTINTAŞ, F. SEVENCAN, Ö. F. ÇİÇEK, A. ÖZBAKAN, P. ÖZBEK, D. ÖZDEMİR****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada, bireylerde kronik ağrı varlığı ve şiddeti gibi bazı özelliklerin, WHOQOL-BREF-TR ile saptanan yaşam kalitesi değerleri üzerine olan etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu tanımlayıcı araştırma 3-5 Haziran 2008 tarihleri arasında 19 Mayıs Sağlık Ocağı'na başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üstü 226 bireyle yüzyüze görüşme tekniğiyle yapılmıştır. Anket formunda katılımcının sosyodemografik özelliklerine yönelik altı, ağrının bazı özellikleri ile ilgili ise on soru bulunmaktadır. Ağrının şiddeti Görsel Ağrı Skalası (Visual Analog Scale-VAS) ile belirlenmiştir. Bu skala bireyin ağrısının şiddetini bir ile on arasında numaralandırılmış bir ölçekte işaretlemesi esasına dayanır. Sıfır ağrı olmadığını, on olası en şiddetli ağrıyı göstermektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) kullanılmıştır. Bu ölçek yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal ilişki ve çevre alanlarında toplam yirmi altı soruyla ölçmektedir. Bu alanlarda alınan puanlar her alan için kendi içinde değerlendirilmektedir. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 programı ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $40.6 \pm 15.3$ , cinsiyete göre dağılımı %25.2 (57 kişi) erkek, %74.8 (169 kişi) kadındır. Katılımcıların %57.1'inde (129 kişi) kronik ağrı varlığı saptanmıştır. Kronik ağrı yüzdesi yaşla artış göstermekte ( $\chi^2=4.975$ ,  $p=0.026$ ) ve kadınlarda (%62.7) erkeklerden (%40.4) daha yüksek görülmektedir ( $\chi^2=8.707$ ,  $p=0.003$ ). Katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen yaşam kalitesi puanları fiziksel alanda  $72.5 \pm 17.0$  (ortanca=75.0), ruhsal alanda  $69.8 \pm 15.0$  (ortanca=70.8), sosyal ilişki alanında  $71.4 \pm 18.9$  (ortanca=75.0), çevre alanında  $64.5 \pm 13.4$  (ortanca=65.6) olarak hesaplanmıştır. Kronik ağrısı olanların %60.5'inin ( $\chi^2=16.730$ ,  $p<0.001$ ), kronik ağrı şiddeti 6 ve üzerinde olanların ise %72.2'sinin ( $\chi^2=11.645$ ,  $p=0.001$ ) yaşam kalitesi fiziksel alan değeri 74 puan ve altındadır. Kronik ağrı görülme yüzdesi çalışma grubunda yüksek bulunmuştur.

**Sonuç**

Kronik ağrının varlığı ve şiddeti yaşam kalitesi fiziksel alanını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık ocağı düzeyinde ağrı yönetimi uygulamaları daha etkin olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Ağrı, yaşam kalitesi, sağlık ocağı, erişkin

- Doç. Dr. K. Hakan Altıntaş, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Funda Sevecan, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - fundasevecan@yahoo.com
- Dr. Ömer Faruk Çiçek, HÜTF

**BALÇOVA’DA YAŞAYAN 30 YAŞ VE ÜSTÜ YETİŞKİNLERDE SAĞLIK DURUMU VE HASTALIK ÖYKÜSÜ: BALÇOVA’NIN KALBI (BAK) PROJESİ**

**R. UÇKU, R. MESERİ, R. BUDAK, A. SOYSAL, B. ÜNAL, G. ERGÖR, H. BAYDUR, M. K. SÖZMEN, H. GİRAY, G. SAATLI, S. DOĞANAY, Ö. ASLAN**

**Giriş ve Amaç**

Kalp-damar hastalıklarının sıklığı tüm dünyada artmaktadır. Sigara, fizik aktivite yetersizliğiyle şişmanlık temel risk etmenleridir. Balçova'nın Kalbi (BAK) Projesi Balçova Belediyesi'yle birlikte Balçova'da yaşayan 30 yaş ve üstü bireylerin kalp sağlığının korunması için yapılandırılmış uzun erimli bir projedir. Bildiride katılımlarda tanı konulmuş hastalık varlığı ve yapılan değerlendirmeler sonucu saptanan KDH risk etmenlerinin sıklığını sunmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki çalışmanın hedef grubunu Balçova'da yaşayan 30 yaş ve üstü 44607 kişi (2006 ETF) oluşturmaktadır. Sosyo-demografik özellikleri, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve fizik aktivite durumları eğitilmiş anketörler tarafından evlerde yapılan anketlerle belirlendikten sonra kişiler semtevi'ne davet edilmiştir. Semtevi'nde tanı almış hastalık varlığı sorgulanmış, kan basıncı, ağırlık, boy, bel ve kalça çevresi ölçülmüştür. Kan alınmış, kan yağlarına (Total Kolesterol, HDL, LDL, trigliserit) ve açlık kan şekeri bakılmıştır. Bu bildiride süregiden projenin birinci yılında tüm değerlendirmeleri tamamlanmış 8566 kişinin verileri sunulmuştur. Sonuçlar Balçova 2006-ETF yaş dağılımına göre standardize edilmiştir.

**Bulgular**

Araştırma grubunun yaş ortalaması erkeklerde 55.53 ( $\pm$ 13.19), kadınlarda 51.89 ( $\pm$ 13.41) olarak saptanmıştır. Katılımların %44.7'sinin birinci derece akrabalarında kalp-damar hastalığı öyküsü vardır. Erkeklerin %9.8'i, kadınların %10.5'i önceden diyabet tanısı almıştır. Erkeklerin %8.5'i bozulmuş açlık glukozuna (101-125 mg/dl) sahipken, %2.3'ü yeni olası diyabet tanısı (>126 mg/dl) almıştır. Kadınlarda ise bu oranlar sırasıyla %8.5 ve %1.2'dir. Erkeklerin %33.6'sı kadınların %38.6'sı daha önce yüksek kan basıncı tanısı almıştır. Proje sırasında yapılan ölçümler ile ilk kez yüksek kan basıncı belirlenen (KB $\geq$ 140/90 mm-Hg) erkek oranı %13.4, kadın oranı %8.8'dir. BKM'ye göre erkeklerin %48.5'i hafif toplu, %28.6'sı şişman iken, kadınlarda bu oranlar sırasıyla %34.1 ve %42.6'dır. Erkeklerin %21.0'ünün, kadınların %42.6'sının beli riskli düzeyde genişdir. Kan yağları değerlendirildiğinde, erkeklerin %55.9'unun total kolesterolü (>200 mg/dl), %24.9'unun trigliseriti (>150 mg/dl), %51.2'sinin LDL'si (>130 mg/dl) yüksek, %49.3'inin HDL'si (erkeklerde <40 mg/dl, kadınlarda >50 mg/dl) düşük bulunmuştur. Kadınlarda bu oranlar sırasıyla %53.0, %10.9, %50.0 ve %52.1'dir.

**Sonuç**

Değerlendirme sonucunda Balçova'da yaşayan bireylerde önlenebilir risk etmenlerinin yüksekliği dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Şişmanlık, Kolesterol, HDL, LDL, Trigliserit, Kan basıncı, Diyabet, Prevalans, BAK

- Prof.Dr. REYHAN UÇKU, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - reyhan.ucku@deu.edu.tr
- Arş. Gör. RECI MESERİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - recimeseri@yahoo.com
- Arş. Gör.Dr. REFİK BUDAK, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - dr.refikbudak@gmail.com
- Öğr. Gör. Dr. AHMET SOYSAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - ahmet.soyisal@deu.edu.tr
- Doç. Dr. BELGİN ÜNAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - belgin.unal@deu.edu.tr
- Prof. Dr. GÜL ERGÖR, DOKUZ EYLÜL ÜNİ. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gul.ergor@deu.edu.tr

**BALÇOVA'NIN KALBI (BAK): TOPLUM SAĞLIĞINI KORUMA VE GELİŞTİRME PROJESİ**

G. ERGÖR, H. GİRAY, B. ÜNAL, R. UÇKU, A. SOYSAL, B. KILIÇ, T. GÜNAY, A. ERGÖR, Y. DEMİRAL, G. SAATLİ, R. MESERİ, H. AYDUR, K. SÖZMEN, R. BUDAK, H. ARIK, N. KARAKUŞ

**Giriş ve Amaç**

Kalp damar hastalıklarının (KDH) etkin kontrolü için sağlıklı, yüksek riskli ve hasta kişilere yönelik kapsamlı bir programa gereksinim vardır. Bu kapsamda planlanan BAK projesi, Balçova'da KDH'yi azaltmak ve önlemek; KDH ve risk etmenleri açısından eşitsizlikleri tanımlamak ve azaltmaya yönelik politikalar oluşturmak amacıyla başlamıştır.

**Gereç ve Yöntem**

BAK Projesi'nin hedef nüfusu, yönetimi, program modeli, aşamaları ve işleyişine ilişkin bilgiler sunulmuştur.

**Bulgular**

Hedef Nüfus: Bölgede yaşayan 30 yaş ve üstü 44607 kişi.

Proje Yönetimi: Projenin tarafları Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi(DEÜTF) ve Balçova Belediyesi'dir. Projenin yürütücülüğünü DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı yapmaktadır. Proje örgütlenmesini Yönetim, Bilim, Yürütme Kurulları ve Alan Koordinatörlüğü oluşturmaktadır.

BAK'ın program modeli: Durum saptama ile bölgede sağlam, yüksek riskli ve hasta kişiler belirlenmektedir. Sağlam topluma yönelik sigara kullanımını önleyici/azaltıcı, fizik aktiviteyi artırıcı, sağlıklı beslenmeyi destekleyici girişimler; yüksek riskli kişilere özel diyet, egzersiz, sigara bırakılma programı geliştirilecektir. Hasta kişiler uygun tıbbi ve cerrahi tedaviye yönlendirilecek, yaşam değişikliği açısından izlenecektir. Projenin ara çıktıları fizik aktivite yapan kişi sayısında artış, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık sıklığında ve sigara kullanımında, toplumun lipit düzeylerinde ve komplikasyonlarda azalma olmasıdır. Temel çıktılar KDH insidansında ve ölümlerinde azalmadır.

- Proje aşamaları: Proje 10 yıllıktır.
- Durum saptama: 15 Ekim 2007 tarihinde başlamış, 30 Haziran 2008'e kadar toplam 10640 kişiye anket yapılmış, 8566 kişinin kanı alınmıştır. Veri toplama aşaması halen devam etmekte ve Aralık 2008'de bitirilmesi planlanmaktadır.
- Girişimlerin planlanması ve uygulanması: Girişimler 2008 yılında planlanmaya başlanmış ve 2017 yılına kadar sürecektir.
- Ara değerlendirme: İlki 2009, ikincisi 2014 yılında yapılacaktır.
- Son değerlendirme: Programın etkinliği 2017 yılında değerlendirilecektir. Etkin olduğu görülürse sunulan hizmetler geliştirilerek sürdürülecektir.
- Proje İşleyişi: Durum saptama ve girişimler belediyenin mahalle tabanlı örgütlenme biçimi olan yedi semtevi ve Balçova Belediye'sindeki Koordinasyon Merkezi üzerinden yapılandırılmıştır.

**Sonuç**

BAK Projesi'nin en önemli özelliği kronik hastalıklarda sağlığı geliştirmeyi hedef alan belediye ve üniversite işbirliğinin Türkiye'deki ilk örneği olmasıdır. Sağlık alanında koruma ve geliştirmeyi önceleyen çalışmaların çoğalması ve bu çalışmaların bir ülke politikası olarak benimsenip, tüm ülkeye yaygınlaştırılması toplum sağlığı açısından gereklidir.

**Anahtar Kelimeler**

Kalp damar hastalığı, sağlığı geliştirme, Balçova'nın Kalbi

- Prof. Dr. GÜL ERGÖR, DOKUZ EYLÜL ÜNİ, TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - gul.ergor@deu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. HATİCE GİRAY, DOKUZ EYLÜL ÜNİ, TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - haticesimsek@yahoo.com
- Doç. Dr. BELGİN ÜNAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ, TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - belgin.unal@deu.edu.tr
- Prof. Dr. REYHAN UÇKU, DOKUZ EYLÜL ÜNİ, TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - reyhan.ucku@deu.edu.tr
- Öğr. Gör. Dr. AHMET SOYSAL, DOKUZ EYLÜL ÜNİ, TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - ahmet.soysal@deu.edu.tr
- Doç. Dr. BÜLENT KILIÇ, DOKUZ EYLÜL ÜNİ, TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - bulent.kilic@deu.edu.tr

## BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ BALIKESİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ROMATOİD ARTRİT HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE ROMATOİD ARTRİTLİ HASTAYA YAKLAŞIMLARININ İRDELENMESİ

S. BAŞKURT, Z. SARIDAYI, M. GÜN, E. ERKANLI

### Giriş ve Amaç

Mesleğe atılacak öğrencilerin romatoid artrit hakkındaki bilgi düzeylerini ve romatoid artritli (RA) hastaya yaklaşımlarını belirlemek, eksiklikleri varsa gidermeye çalışmaktır.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ebelik ve sağlık memurluğu bölümü son sınıf öğrencilerinin tamamı olan 88 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra, yüzyüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu öğrencilere doldurtulmuştur. Veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında, frekans dağılımları, aritmetik ortalama ve standart sapma, ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların %40.9'u ebelik, %59.1'i sağlık memurluğu bölümü öğrencileridir. Yaşlarının aritmetik ortalama ve standart sapması 22.76±1.28 dir. Öğrencilerin %73.9'u mesleğini sevdiğini belirtirken, %56.8'i teorik eğitimlerinin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %64.8'i staja çıktıkları hastanelerde romatoid artritli hasta görmediklerini belirtirken RA hakkında %67.0'ının bilgileri bulunmamaktadır. Halk arasında RA hastalığına öğrencilerin %37.5'i iltihaplı romatizma, %34.1'i kireçlenme diğerleri diz hastalığı, ağrılı romatizma olarak tanıdığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %51.1'i RA'nın kalıtsal yatkınlığı konusunda bilgilerinin olmadığını, %39.8'i ise RA'nın en çok 65 yaş ve üzeri kişilerde görüldüğünü, %35.2'si hastalığın cinsiyet ayırdığını bilmediğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %70.5'i RA en fazla etkilenen eklem bölgesinin dizler olduğunu, %63.6'sı teşhiste kullanılan yöntemler arasında fiziksel muayene, kan tahlilleri ve röntgen bulunduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %64.8'i erken teşhisle erken tedavi edilebileceğini, %53.4'ü RA'da verilen ilaç gruplarının antiinflamatuvarlar, analjezikler ve glukokortikoidler olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %73.9'u "Romatoid Artritlen kurtulmaya değil Romatoid Artrit olmamaya çalış" sloganına katıldıkları saptanmıştır. RA'den korunmak için neler yapabiliriz sorusuna öğrencilerin %84.1'i hepsi şeklinde yanıtlamışlardır. Bunlar doğal ve ekolojik gıdalarla beslenme, abur cubur ve ayakta yemekten kaçınma, giyilen giysilerin rahat ve pamuklu olması, ayakkabıların sıkı ve topuklu olmaması, oturma ve duruş pozisyonlarına dikkat edilmesi, stresli ortamlardan kaçınılması v.s. Öğrencilerin okudukları bölüm ile uygulamalarda RA hasta görmeleri ve Katılımcıların mesleklerini sevmeleri ile RA genelde kimlerde görüldüğü arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır p<0.05.

### Sonuç

Öğrencilerin RA hakkındaki bilgilerinin ve RA hastaya yaklaşımlarının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Teorik eğitimleri ve hastane uygulamalarında bu konuya daha fazla önem verilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Romatoid artrit, öğrenci, bilgi

- Öğr. Gör. Selma Başkurt, BAÜ Sağlık Yüksekokulu - sbaskurt@balikesir.edu.tr
- Zehra Sarıdayı, BAÜ Sağlık Yüksekokulu - zehra\_saridayi@hotmail.com
- Mukadder Gün, Jandarma Lojistik Komutanlığı Sağ. İkm. ve Bak. Şb. - mukadder@registerednurses.com
- Öğr. Gör. Elif Erkanlı, BAÜ Sağlık Yüksekokulu - erkanli@balikesir.edu.tr

## ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ SIKLIĞI

**S. U. KİS, E. GÜNDÜZ, S. TEPE, Z. SÜTOLUK, M. AKBABA**

### Giriş ve Amaç

Vitamin B12 eksikliği önemli bir halk sağlığı sorunudur. Vitamin B12 eksikliği prevalansı ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak %22-66 arasında değişmektedir. Vitamin B12 eksikliği gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla diyetle alım kusuruna bağlı gelişir. Vitamin B12'nin kaynağı hayvansal gıdalardır. Vitamin B12 eksikliği yaşla birlikte artar. Eksikliğinde tedavinin geciktirilmesi derin anemi ve geriye dönüşümsüz nörolojik sekellere neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Genel Dahiliye polikliniğine değişik şikayetlerle başvuran kişilerde vitamin B12 düzeylerinin değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı bu çalışma 01.05.2008-31.05.2008 tarihleri arasında ÇÜTF Genel dahiliye polikliniğine başvuranlarda yapıldı. Bu dönemde başvuran 168 kişi çalışmanın örneklem grubunu oluşturdu. Vitamin B12 serum düzeyi 150 pg/dl altı düşük kabul edildi. Başvuranlarda vitamin B12 eksikliği, ve bunun cinsiyet ve MCV (Mean Corpuscüler Volüm) ile olan ilişkisi araştırıldı. Çalışmanın istatistiksel analizinde tanımlayıcı analizler, bağımsız gruplarda T-testi ve sınıflanmış verilerde ki kare testi kullanıldı.

### Bulgular

Çalışmaya alınan 168 hastanın 129 (%76,8)'i kadın, 39 (%23,2)'si erkekti. Yaş ortalamaları 43,13±13,7 (En düşük: 16, En yüksek: 79) olarak bulundu. Hastalarda vitamin B12 düzeyi düşük olanların oranı %12,5 olarak bulundu. Vitamin B12 düşüklüğü erkeklerde (%23,1) kadınlara (%9,3 )göre anlamlı olarak yüksek bulundu (  $X\bar{\Sigma}=5,19$ ;  $SD= 1$ ;  $p=0,023$ ). Hastaların vitamin B12 ortalaması 276,97±122,5 (En düşük: 72, En yüksek:656) olarak bulundu. Hastaların MCV ortalaması 83,16±7,55fl ( En düşük: 53,4fl En yüksek: 99,3fl) olarak bulundu. Vitamin B12 düşüklüğü olanların %90,4'ünde MCV normal iken yalnız %4,8'inde yüksekti.

### Sonuç

Bu çalışmada vitamin B12 eksikliğinin görülme düzeyi %12,5 olarak bulundu. Vitamin B12 eksikliği erkeklerde kadınlara göre yüksek bulundu. Bu nedenle B 12 vitamin eksikliğinin önlenmesi için dengeli beslenmenin önemli olduğu unutulmamalıdır. B12 düşüklüğü MCV artışına neden olsa da, bu artış her zaman makrositoz seviyesine ulaşmayabilir. Demir eksikliği bu durumdan sorumlu olabilir. Bu nedenle anemili hastalarda MCV değeri normal olsa bile B12 düzeyine mutlaka bakılmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Vitamin B12 eksikliği, Makrositer anemi, MCV.

**DIYARBAKIR KENT MERKEZİNDE 40 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA TIP-2 DİYABET GELİŞME RISKİ****A. CEYLAN, M. YILDIZ, N. ÇİL, M. BAHÇELİ****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmada Diyarbakır il merkezindeki 40 yaş üstü kadınlarda on yıl içinde Tip-2 diyabet gelişme riskini belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipte olan bu çalışma 2008 Nisan ayında Diyarbakır il merkezinde yapıldı. Diyarbakır'da yetişkin nüfus için Diyabet prevalansı %7.5 olup, %2 yanılma payı ile örneklem hacmi 661 olarak hesaplandı. Her sağlık ocağı bölgesindeki 4 sokaktan 20 kişiye ulaşmak hedeflendi. Diyabet tanısı almış kadınlar araştırmaya dahil edilmedi. Çalışmayı kabul eden 711 kadının boy, kilo ve bel çevreleri ölçüldü. Tip-2 diyabet risk değerlendirme formu'nu da içeren bir anket uygulandı. Formda belirtilen 8 soruya tam yanıt veren 626 kişinin risk skoru hesaplandı.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların yaş, boy, ağırlık ve bel çevresi ortalamaları sırasıyla: 51.27±10.3 yıl, 157.3±8.9cm, 73.5±13.18kg ve 95.0±14.5cm olarak bulundu. Beden Kitle İndeksleri: %19.5'inin 25'den az, %34.9'unun 25-30 arası, %45.6'sının 30'dan fazla idi. Kadınların %14.1'i günlük en az 30 dakika fiziksel aktivite yaptığını, %40.7'si her gün meyve ve sebze tükettiğini %28.6'sı düzenli olarak Tansiyon ilacı kullandığını söylediler. Kadınların %21.5'inin birinci derece akrabalarında %7.9'unun ikinci derece akrabalarında tanı konmuş şeker hastalığı var.

Tip 2 diyabet gelişme riski bakımından kadınların: %18.5'i, Düşük risk (10 yıl içinde diyabet gelişme riski 1/100), %28.6'sı Artmış düşük risk, %23.6'sı Orta derecede risk, %23.6'sı yüksek risk (10 yıl içinde diyabet gelişme riski 1/3) ve %5.6'sı çok yüksek risk (10 yıl içinde diyabet gelişme riski 1/2) grubundadır. Düzenli fiziksel aktivite yapanlar ile her gün sebze-meyve tüketenlerde risk skoru daha düşük bulundu.

**Sonuç**

Araştırmaya katılan 40 yaş üzeri kadınların %29.0'u 10 yıl içinde Tip-2 diyabet gelişme açısından yüksek ya da çok yüksek riskli gruptadır. Bu gruba giren her iki ya da üç kadından biri 10 yıl içinde diyabet tanısı alacak olup, Tip-2 diyabet gelişme riskini azaltan sebze-meyve tüketimi, düzenli fiziksel aktivite vb alışkanlıkları yetersizdir.

**Anahtar Kelimeler**

40 yaş üzeri kadın, Tip-2 diyabet, diyabet Risk skoru, BKİ

- Doç. Dr. Ali Ceylan, D.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D - alie@diele.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Mehmet Yıldız, D.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D -
- Nihal Çil, D.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D -
- Prof. Dr. Mithat Bahçeci, D.Ü. Tıp Fak. Endokrinoloji B.D. - mbahceci@diele.edu.tr

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE ÖZBAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ****Rabia HACIHASANOĞLU, Arzu YILDIRIM****Giriş ve Amaç**

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların daha sağlıklı ve uzun yaşamlarına olanak sağlamak için öz-bakım yeteneklerini ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik yapılacak girişimlerin büyük önemi vardır. Araştırma hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikte olan bu araştırma Erzincan Devlet Hastanesi A ve B blok diyaliz ünitelerinde Mart- Haziran 2006 tarihleri arasında 64 hasta üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren soru formu, Yaşam kalitesi ölçeği (SF 36) ve Orem'in Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular**

Hastaların genel sağlık anlayışı ortalama puanı (51.88±18.22 ) diğer yaşam kalitesi alanlarından daha yüksek bulunmuştur. Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özellikleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark, önerilen diyete ve ilaç tedavisine uyma, hemodiyalize ilişkin eğitim alma ve başka bir hastalığa sahip olma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öz bakım gücü puan ortalaması ile eğitim, ekonomik durum, egzersiz yapma, önerilen diyete ve ilaç tedavisine uyma, hemodiyalize ilişkin eğitim alma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öz bakım gücü ve yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar arasında yapılan korelasyon sonucunda, Öz bakım gücü artıkça global yaşam kalitesi, fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve esenliğin anlamlı olacak şekilde arttığı belirlenmiştir.

**Sonuç**

Hemodiyaliz hastalarının bireysel özellikleri de göz önüne alınarak, tedaviye uyumlarını, yaşam şekillerinde meydana gelen fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklere adaptasyonunu kolaylaştırmak ve öz-bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik bilgilendirilme yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Hemodiyaliz, yaşam kalitesi, öz bakım gücü

- Yrd. Doç. Dr. Rabia Hacıhasanoğlu, Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - rabia\_hhoglu@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Arzu Yıldırım, Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - arzuylidirim\_25@hotmail.com



**HUZURSUZ BACAK SENDROMU: 3 OLGU SUNUMU****S. ÇİVİ, K. MARAKOĞLU****Giriş ve Amaç**

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) ilk olarak 1944 yılında Ekblom tarafından tanımlanmıştır. Özellikle geceleri uyku sırasında ortaya çıkan bacaklarda huzursuzluk hissi, ağrı, kramp, istem dışı bacak hareketleri ve bunlara bağlı uyku bozukluklarıyla karakterize bir durumdur. Genel popülasyonun %1-15'inde görülebilen bu sendromun sebepleri henüz belirlenmemiştir. Kadınlarda iki kat fazladır ve özellikle 65 yaş üstünde daha sık görülmektedir. Semptomların her yaşta başlayabileceği ancak %43'ünde 20 yaşın altında başladığı bildirilmektedir. Ancak çoğunluk 50 yaşından sonra tanı almaktadır. Ailesel geçiş %25-50 oranında ve otozomal dominant şeklindedir. Bu ailelerde hastalığın semptomlarının izleyen nesillerde daha erken yaşta başladığı belirtilmiştir. Bu çalışmada HBS'li 2 kardeş ve teyzelerini incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem**

HBS'una uyar yakınlıkları olan 3 kadına Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (International Restless Legs Syndrome Study Group-IRLSSG) 10 soruluk anketi uygulandı. HBS-şiddetini değerlendirme ölçeğine göre: 1-10 puan:hafif, 11-20: orta derecede, 21-30: şiddetli, 31-40 çok şiddetli derecede HBS olarak değerlendirilmektedir. Her olgunun klinik ve laboratuvar bulguları ve aile öyküleri değerlendirildi.

**Bulgular**

Hastaların ikisi kız kardeş olup, diğeri teyzeleri idi. Yaşları sırası ile: 47, 49 ve 70 idi. Sırası ile şikayetlerin başlama yaşları: 33, 40, ve 32 idi. IRLSSG skorları sırası ile: 27, 20, 33 olup, aile öyküleri pozitif idi. Parestezi/disestezi, uyku bozukluğu ve ekstremiteleri hareket ettirme ihtiyacı hepsin de vardı. Olguların serum ferritin düzeyleri sırası ile: 8,81, 25,5, 34,5ng/ml idi. Olguların serum TSH düzeyleri sırası ile: 71,1, 2,19 ve 1,92 idi. 47 yaşındaki olgu 20 yaşından önce tiroidektomi olmuş olup, serum B12 düzeyi düşük idi. Teyze tip II diyabetes mellitus idi. 3 olgunun da tedavisi nöroloji ve aile hekimliği bölümleri tarafından dopamin agonistleri, laboratuvar sonuçlarına göre tiroksin ve demir preparatı verilerek yapıldı. Halen takipleri devam etmektedir.

**Sonuç**

HBS sık görülen bir durumdur ve sebepleri tam olarak bilinmemektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Huzursuz bacak sendromu, ferritin, IRLSSG .

- Prof. Dr. Selma ÇİVİ, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. KONYA - selmacivi@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. KONYA - kmarakoglu@yahoo.com

## İSTANBUL İLİNDE ÇEŞİTLİ SAğLIK KURULUŞLARINDA AYAKTAN İZLENEN TİP II DİYABETİK HASTALARDA GLİSEMİK KONTROLÜN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

**M. F. ÖNSÜZ, A. TOPUZOğLU**

### Giriş ve Amaç

Kanıtlar diyabet yönetiminin etkililiğinin glisemik kontrole bağlı olduğunu göstermiştir. Araştırmanın amacı, İstanbul'da hizmet veren çeşitli hastanelerde ayakta izlenen tip II diyabetik hastalarda glisemik kontrolü etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. İstanbul'daki üniversite, devlet ve özel olarak üç ayrı hastaneye kontrol için başvuran 392 tip II diyabet hastasında Haziran-Kasım 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanelerin endokrinoloji polikliniklerine başvuran en az 6 aylık tip II diyabet kontrol hastaları araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. İstatistiksel analizde, tanımlayıcı istatistik,  $\chi^2$  testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalamaları  $60.32 \pm 10.37$  idi. Hastalar ortalama  $10.25 \pm 7.82$  yıldır tip II diyabet hastasıydı, en son ölçülen HgbA1c ortalamaları  $7.03 \pm 1.47$  idi. Hastaların %59.2'sinin HgbA1c düzeyleri normaldi. Üniversite hastanesine başvuran hastaların HgbA1c'leri daha yüksek oranda normaldi ve hastaneler arasında anlamlı farklılık vardı ( $p < 0.05$ ). Üniversite hastanesine başvuranların daha yüksek oranda komplikasyonu, diyet listesi ve glukometrisi vardı. Devlet hastanesine başvuranlar daha çok obez iken, özel hastaneye başvuranlar daha çok diyabet eğitimi almış ve diyet listelerini daha çok uyguluyorlardı. Diyabet eğitimi alma, diyet listesi olma, diyet listesini uygulayabilme ve obezite açısından hastaneler arasında anlamlı farklılık vardı ( $p < 0.05$ ). HgbA1c düzeyi ilköğretim altı eğitim seviyesi olanlarda, alt sosyoekonomik düzeydekilerde, diyet listesi olmayanlarda, diyet listesini hiç uygulamayanlarda ve obez olanlarda anlamlı şekilde yüksekti ( $p < 0.05$ ). Yapılan çok değişkenli analizde, başvuru hastane, sosyoekonomik düzey, diyet listesi olma ve uygulama durumu ile glukometri varlığı glisemik kontrolü etkileyen faktörler olarak ortaya çıktı.

### Sonuç

Araştırmamızda devlet hastanesinde glisemik kontrolün üniversite hastanesi ve özel hastaneye göre iyi olmadığı ve eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzey, diyet listesini uygulama ve obezitenin glisemik kontrolde etkili faktörler olduğu belirlendi.

### Anahtar Kelimeler

Diyabet, kronik hastalık, glisemik kontrol, HgbA1c

- Uzm. Dr. M. Fatih Önsüz, Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü - fatihonsuz@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - atopuzoglu@marmara.edu.tr

**KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA OBEZİTE VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****N. YÜCEL, A. TOPUZOĞLU, M. KARAVUŞ****Giriş ve Amaç**

Obezite, yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olup yüzyılımızın en önemli sağlık sorunudur. Obezitenin tedavisinde psikososyal iyilik halinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada aşırı kilolu ve obez kadınlarda benlik saygısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma 85 kilolu-obez (BKİ>25) ve 84 normal kiloda (BKİ=20-25) olmak üzere toplam 169 kadından oluşan bir olgu-kontrol çalışmasıdır. Olgu ve kontrol grupları bir devlet hastanesi diyet polikliniğine ve kontroller diğer polikliniklere başvuran kişilerden oluşturulmuştur. Araştırmaya alınan kadınlara sosyodemografik anket formu ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk "10" maddesi kullanılmaktadır. Ancak katılımcılara 63 soruluk anket formu doldurtularak benlik saygısı ile beraber diğer alt kategoriler hakkında da bilgi edinilmiştir.

**Bulgular**

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında evli olmak ( $p<0.001$ ), alt sosyoekonomik statüde bulunmak ( $p<0.001$ ), ileri yaşta olmak ( $p<0.001$ ) aşırı kilo-obezitesi olanlarda normal kilolulara göre anlamlı bir farkla daha fazla gözleniyordu. Bununla beraber evli olmak ( $p=0.027$ ), alt sosyoekonomik statüde bulunmak ( $p<0.001$ ) normal kilolulara göre aşırı kilolu-obez olanlarda benlik saygısı anlamlı bir farkla daha düşüktü. Aşırı kilolu-obez olanlarda benlik saygısı ( $p<0.001$ ), kendilik kavramı sürekliliği ( $p=0.009$ ) normal kiloda olanlara göre daha düşük görülürken; eleştiriye duyarlılık ( $p=0.001$ ), tehdit hissi hissetme ( $p=0.005$ ) ve psikosomatik belirtiler ( $p=0.002$ ) daha fazla gözlenmiştir. Güven duygusunun düşük veya yüksek olması, hayalperestlik, anne-baba ilgisinin varlığı, baba ilgisinin varlığı ve psişik izolasyon ile kilo durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

**Sonuç**

Sonuç olarak bu çalışmada aşırı kilolu-obez kadınlarda benlik saygısı normal kiloda olan kadınlara göre daha düşük bulundu. Sonuçlar psikolojik süreçlerin obezite ilişkili olduğunu göstermektedir. Benlik saygısını geliştiren müdahaleler obezite sorununun çözümünde önemli olabilir.

**Anahtar Kelimeler**

Benlik saygısı, obezite, Rosenberg benlik saygısı ölçeği

- Nevra Yücel, Üsküdar Devlet Hastanesi - dytnevr\_oz@yahoo.com.tr
- Yrd. Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - atopuzoglu@marmara.edu.tr
- Prof. Dr. Melda Karavuş, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - melda@marmara.edu.tr

## MALATYA İL MERKEZİNDEKİ 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN KANSERLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**Pınar BALAMAN, Erkan PEHLİVAN**

### Giriş ve Amaç

Kanser, morbidite ve mortalite ve hastalık yükü yönüyle, önemi giderek çok artan bir halk sağlığı sorunudur. Çevresel etyolojik faktörlerden kaçınma ve erken tanı ile büyük ölçüde önlenebilen bu hastalıkta bilinçli toplumsal uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmada amaç, Malatya Merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri kadınların kanser konusundaki bilgi düzeyleri belirlemek, bilgi düzeylerinin hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu tespit etmektir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel nitelikteki bu tanımlayıcı çalışmada, Malatya il merkezinde DSÖ'nün önerdiği 30 küme örnekleme yöntemi ile oluşturulan ve her kümeden 19 olmak üzere toplam 18 yaş üzeri 575 kadın araştırma örneklemini oluşturmuştur. Küme birimi olarak mahalle sağlık evleri alınmıştır. Kümülatif toplamları alınan her kümede basit rastgele yöntemle örneğe çıkan yetişkin kadınlara, kimlik bilgileri, yaşadığı ortam ve kanser türleri, etyolojik faktörler, erken tanı, tarama yöntemleri, kanserden korunma konularında hazırlanmış anket araştırmacılar tarafından gözlem altında uygulanmış, bilgi düzeyini ölçen sorular 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirme ve analizleri SPSS paket programında yapılmış, normal dağılım testleri sonucuna göre, istatistiksel analizlerde ki-kare, kuruskal vallis varyans analizi ve mann-whitney U testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırma kapsamına giren kadınların %16.3'ü (94) okur-yazar değil, %11.5'i (66) okur-yazar, %33.9'u (195) ilkokul, %29.4'ü (169) orta veya lise, %8.9'u (51) ise yüksekokul mezunudur. Kadınların %69.7'si (401) evli, %25.6'sı (147) bekar, %4.7'si (27) dul ve boşanmışlardan oluşmaktadır. Kadınların %71.5'i ev hanımı; %5.6'sı memur; %8'i serbest meslek ve %15'i ise emekli, öğrenci ya da işsiz durumda olup çalışmayanların oluşturduğu gruptur. Kadınlardan sadece %11.3'ü (65) bir sosyal güvenceleri yoktur. Sosyal güvence içinde sayılan yeşil kartlıların yüzdesi ise %7.3'tür (42). Ailede sağlık personeli bulunanların yüzdesi %8.9 (51), ailede en az bir kanser hastalığı öyküsü bulunanların yüzdesi ise %18.1 (104) olarak bildirilmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların kanserle ilgili bilgi ortalaması  $X = 69.0 \pm 0.6$  olarak orta düzeyde bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre bilgi ortalamalarının öğrenim düzeyi, medeni durum ve sosyal güvence durumuna göre farklılık göstermediği ( $P > 0.05$ ), meslek durumu ile karşılaştırıldığında ise "memur" statüsünde çalışanlarının bilgi ortalamalarının ( $X = 79.9 \pm 2.0$ ) farklılık gösterdiği bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Ailede sağlık personelinin varlığına göre bilgi ortalamaları arasındaki fark ( $X = 73.4 \pm 1.4$  ve  $X = 69.2 \pm 0.7$ ) anlamlı bulunmazken ( $P > 0.05$ ), ailede kanser hastasının varlığına göre bilgi ortalamaları ( $X = 72.4 \pm 1.2$  ve  $X = 69.4 \pm 0.7$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Araştırma kapsamına giren kadınların %68.2'si kanseri önenebilir bir hastalık, %73.6'sı tedavi edilebilir bir hastalık, %91.1 ise erken tanı ile hayatta kalma şansının yüksek olduğu bir hastalık olarak değerlendirmiştir.

### Sonuç

Yetişkin çağdaki kadınların kanser konusundaki bilgileri zayıf olmamakla birlikte yeterli düzeyde bulunmamıştır. Halk eğitimi programları ile halkın bilinç düzeyinin artırılması önerilebilir.

### Anahtar Kelimeler

Kadınlar, kanser, bilgi düzeyi

- Pınar BALAMAN, İnönü Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN, İnönü Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı - epehlivan@inonu.edu.tr

## MANİSA KENT MERKEZİNDE HİPERTANSİYON VE DİYABET TANISI ALMIŞ OLAN KİŞİLERİN HASTALIKLARINA İLİŞKİN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**T. LAĞARLI, G. YASLI, İ. HALİL, Ç. B. AÇIĞÖZ, N. GÖKALP, Ş. ÖZAKÇA, S. AVCI, M. ÜSTÜNEL, B. ASLAN, G. DİNÇ**

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı Manisa kent merkezinde yaşayan 45 yaş üzeri kişilerde hipertansiyon ve diyabet sıklığını kişilerin beyanına göre belirlemek ve bu kişilerde sağlık hizmeti kullanma durumunu ve yeterliliğini bu hastalıklarla ilgili hizmet sunumunda farklı sağlık kurumlarının rolünü tanımlamaktır

**Gereç ve Yöntem:** Manisa kent merkezinde yaşayan 45 yaş ve üzeri kişileri (n=37.079) temsil eden bir örnek üzerinde yürütülmüştür. Örnek büyüklüğü, diyabet veya hipertansiyon açısından düzenli izlem yapılma oranı %50, yanılma payı %5, tip 1 hata düzeyi %5 ve desen etkisi 1.5 varsayılarak 576 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın verileri yapılandırılmış bir anket kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. 22 kişi görüşmeyi reddetmiş olup toplam 528 kişiye ulaşılmıştır. Anketle kişilerin sosyodemografik özellikleri, daha önce diyabet veya hipertansiyon tanısı alıp almadıkları sorulmuştur. Daha önce bir sağlık kurumunda hipertansiyon ve/veya diyabet tanısı aldığını bildirenler hipertansiyon ve/veya diyabet hastası olarak kabul edilmişlerdir. Daha önce hipertansiyon tanısı almış olan 116 kişiye ve diyabet tanısı almış olan 51 kişiye hastalıkları ile ilgili sağlık hizmet kullanımı konusunda hipertansiyon bilgi formu ve diyabet bilgi formunda yer alan sorular sorulmuştur. Analizlerde yaş ve cinsiyet ile son bir yılda kan basıncı ölçtürmüş olma arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve hastalıklar ile ilgili hizmet alımında kurumsal sürekliliği ölçmede kappa yaklaşımı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma grubunun %87.9'u 45-64 yaş grubunda, %12.1'i 65 yaş ve üzerindedir. Kişilerin %52.8'i kadındır. Araştırmaya katılan kişilerde daha önce herhangi bir sağlık kurumunda hipertansiyon tanısı almış olanlar %21'dir ve bu oran diyabet açısından %9.6'dır. Kişilerin %63.4'ü son bir yıl içinde kan basıncını ölçtürmüş olup bu oran kan şekeri ölçtürmede %44.3'dür. Son bir yılda kan basıncını ölçtürme açısından yaş gruplarına göre farklılık olmadığı halde (p>0.05), cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda bu oranın erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [1.75 (1.21-2.53, %95 GA) p<0.01] Yaş gruplarına ve cinsiyete göre son bir yılda kan şekeri ölçtürmüş olma oranları ise benzerdir (p>0.05). Hipertansiyon ve diyabet tanısı almış olanların hastalıkları ile ilgili düzenli kontrole gitme oranları sırasıyla %36.2 ve 45.1'dir. Genellikle kontrole gidilen sağlık kurumu sorulduğunda hipertansiyonlu kişilerin %50.9'u için sağlık ocağı başta gelirken diyabetli kişilerin %45.4'ü için düzenli kontrole gidilen yer olarak ilk sırada devlet hastanesi yer almıştır. Kronik hastalık ile ilgili alınan hizmetin kurumsal sürekliliği değerlendirildiğinde kişilerin bu hastalıkları ile ilgili olarak genellikle başvurduğu sağlık kurumu ile son başvurdukları sağlık kurumu arasındaki gözlenen tutarlılık hipertansiyon için %82.7 (k=0.73, p<0.001) ve diyabet için %90.1 (k=0.84, p<0.001)'dir. Hipertansiyon ve diyabet için sırasıyla olmak üzere ilaçlarını düzenli kullanmayanların oranı %29.5 ve %24.5'tir. İlaçlarını sağlık güvencesi ile karşılama oranı ise %95.2 ve %89.6'dır. Daha önce hipertansiyon tanısı almış olanların %85.3'ü son bir yılda izlenmiştir. Hipertansiyon nedeni ile son bir yılda yapılan izlemler değerlendirildiğinde %85.3'ü kan basıncının ölçüldüğü, %42.2'si kan şekeri ölçümünün yapıldığı, %13.8'i kilosunun ölçüldüğü, %31.0'i kan lipidlerinin ölçüldüğünü, %9.5'i ise göz dibi bakışının yapıldığını belirtmiştir. Daha önce diyabet tanısı almış olan kişilerin ise %98.0'i son bir yılda izlenmiştir. Diyabet nedeni ile son bir yılda yapılan izlemler değerlendirildiğinde %84.3'ü kan basıncının ölçüldüğü, %98.0'i kan şekeri düzeyinin ölçüldüğü, %25.5'i kilosunun ölçüldüğü, %51'i diyet önerisi veya danışmanlığı verildiği, %52.9'u kan lipidlerinin ölçüldüğü, %15.7'sinin göz dibi bakışının yapıldığı yönünde bilgi vermişlerdir.

**Sonuç:** Hipertansiyon ve diyabet tanısı almış olanların izlemlerinin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Ancak bu hastalıklar nedeniyle sağlık hizmeti kullanımında kurumsal süreklilik iyi düzeylerde dir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, hipertansiyon, izlem, nitelik, sağlık kurumu

- Arş. Gör. Dr. Tülay Lağarlı, CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - tulay.dr@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Gökben Yashi, CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - gokben.yashi@gmail.com
- Doç. Dr. Gönül Dinç Horasan, CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - dincgonul@gmail.com
- Dr. İbrahim Halil, CBÜ Tıp Fakültesi
- Dr. Burcu Açıkgöz, CBÜ Tıp Fakültesi
- Dr. Nagehan Gökalp, CBÜ Tıp Fakültesi

## ÖZÜRLÜLÜK VE KRONİK HASTALIK ARAŞTIRMASI

**S. SAHİNÖZ, T. ŞAHİNÖZ**

### Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre özürllülük; bir özür sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumudur. Bu araştırma; toplumdaki özürllü ve kronik hastalıklı kişilerin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır. İzmit merkez ilçedeki bir mahalle ve bir beldedeki tüm haneler araştırma kapsamına alınmıştır ve anketörlerce dolaşarak yüz yüze görüşme tekniği ile geliştirilen soru kağıdı her hane için doldurulmuş ve veriler bilgisayara kaydedilmiştir. Özürllülük sınıflamasında DSÖ kriterleri, istatistiksel değerlendirmelerde ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırma kapsamında 7 217 hanede yaşayan toplam 25 211 kişiye ait veri elde edilmiştir. Araştırma bölgesindeki kişilerin %16,5'inin özürllü olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamıza göre ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel özürllü nüfus oranı % 2,9 (erkeklerde % 3,05, kadınlarda %2,12); kronik hastalığa sahip olan nüfus oranı ise %9,7'dir (erkeklerde % 8,05, kadınlarda %11,33). Ortopedik özürllü oranı %1,25, görme özürllü oranı %0,60, işitme özürllü oranı %0,37, dil ve konuşma özürllü oranı %0,38, zihinsel özürllü oranı % 0,48 dir.

Özürllülerin medeni durumu incelendiğinde evli olanların oranı işitme özürllülerde %61,3, görme özürllülerde %58,3, ortopedik özürllülerde %47,5, konuşma özürllülerde %40,6, zihinsel özürllülerde %14,0 olarak tespit edilmiştir. Zihinsel özürllülerde hiç evlenmeyenlerin oranı (%39,5), okuryazar olmayanların oranı (%55,8) ve sosyal güvencesi olmayanların oranı (%23,3) en yüksektir.

Araştırma kapsamında tespit edilen özürllü kişilerin cinsiyeti ile özür tipleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak kronik hastalık sıklığının kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye Özürllüler Araştırması'na (2002) göre Türkiye genelinde %12,29 özürllü vardır. Marmara bölgesinde özürllülerin oranı %13,13'tür. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel özürllü nüfus oranı %2,58; süreğen hastalığa sahip olan nüfus oranı ise %9,70'dir.

### Sonuç

Sonuç olarak, araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular Türkiye Özürllüler Araştırmasının verilerine göre biraz düşüktür. Bunun nedeni özürllülüğün toplum tarafından kabul edilmeyerek saklanmak istenmesi olabilir. Bu konuda ileri araştırma ve toplumu bilinçlendirilme çalışmalarına ihtiyaç vardır.

### Anahtar Kelimeler

Özürllülük, kronik hastalıklar, Kocaeli

- Uzm. Dr. Saime ŞAHİNÖZ, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri G.M. Eğitim ve Özel Dal Hastaneleri Şube Müdürlüğü - saime2000@hotmail.com
- Uzm. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı İstatistik ve Analiz Daire Başkanlığı - drsahinoz@hotmail.com

**SAĞLIK OCAKLARINA BAŞVURAN YETİŞKİNLERDE KULAK ÇINLAMASI SIKLIĞI VE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERİN ETKİSİ****O. GÜNAY, A. BORLU, D. HOROZ, İ. GÜN****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma Kayseri İli Merkezindeki sağlık ocaklarına başvuran hastalarda kulak çinlaması sıklığını ve çeşitli faktörlerin çinlama sıklığına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Kayseri İli Merkezindeki sağlık ocaklarından seçilen 11 sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran, 18 - 64 yaş grubundaki 871 kişi çalışma kapsamına alındı. Araştırma kapsamına alınan kişilere sosyodemografik özellikleri, çinlama durumu ve tıbbi yakınmaları ile ilgili 27 sorudan oluşan bir anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi için Pearson ki kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

**Bulgular**

Araştırma grubundaki bireylerin 402'si erkek, 477'si kadındı. Araştırma grubunda kulak çinlaması sıklığı %33 olarak saptandı. Ayrıca, araştırma grubundakilerin %11,6'sında daha önce kulak çinlaması olduğu belirlendi. Çinlama sıklığı kadınlarda %37,5, erkeklerde %27,4 olup, kadın ve erkekler arasındaki fark önemli bulundu ( $p<0.05$ ). Hipertansiyon, anemi ve işitme güçlüğü olanlarla, gürültülü ortamda çalıştığını ifade edenlerde kulak çinlaması sıklığı önemli ölçüde daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Yaş, diabetes mellitus ve kalp hastalığının çinlama sıklığına etkisi önemli bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Sonuç**

Araştırma grubunun yaklaşık üçte birinde kulak çinlaması vardır. Kadınlarda çinlama sıklığı, erkeklerin 1,41 (1,02 - 1,95) katıdır. Hipertansiyon, anemi, işitme güçlüğü ve gürültülü ortamda çalışma kulak çinlaması sıklığını artırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Çinlama, yetişkin, sıklık, sosyodemografik faktörler

- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gunayos@erciyes.edu.tr
- Dr. Arda BORLU, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ardab@erciyes.edu.tr
- Dr. Duygu HOROZ, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - dhoroz@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Iskender GÜN, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - iskender@erciyes.edu.tr

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI ANABİLİM DALI EğİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİ KIRSAL ALANINDA 40 YAŞ ÜZERİ ERKEKLERDE ALT İDRAR YOLU SEMPTOMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ****A. ÜNSAL, D. ARSLANTAŞ, E. KOC, S. İSLAMOğLU****Giriş ve Amaç**

Bu çalışma ile Eskişehir ili kırsalında ikamet eden 40 yaş üstü erkeklerde Alt İdrar Yolu Semptomları (AİYS) görölme sıklığının saptanması ve AİYS'leri ile ilişkili olduğu düşünölen bazı risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlandı

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma, Kasım-Aralık 2007 tarihleri arasında Eskişehir ili kırsalında ikamet eden 40 yaş ve üzeri erkekler üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Sivrihisar ve Alpu ilçeleri ile Kaymaz Beldesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim Araştırma Bölgesinde bulunmaktadır. Çalışma grubu, basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçölen 875 kişiden ulaŐılabölen 759 bireyden (%86.7) oldu. Literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu AİYS'leri ile ilişkili olduğu düşünölen bazı risk faktörlerini, bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve Uluslara arası Prostat Semptom Skorlaması (IPSS) ile ilgili soruları içermektedir. Anket, çalışmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş onay alındıktan sonra yüz yüze görölme yöntemiyle dolduruldu. AİYS'lerinin tanısı ve Şiddetini tayin etmek için IPSS kullanıldı. Obezite, Vücut Kitle İndeksi hesaplanarak değerlendirildi. İstatistiksel analizler için Ki-kare testi ve Lojistik Regresyon analizi kullanıldı.

**Bulgular**

Çalışma grubunu oluşturan toplam 759 erkeğin yaşları 40 ile 91 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $56.63 \pm 11.39$  idi. AİYS'leri görölme sıklığı %51.5 (n=391) olarak saptandı. Kaymaz beldesinde yaşıyor olmak (OR: 2.068; p<0.001), özellikle 70 ve üzeri yaş grubunda olmak (OR: 4.060; p<0.001), kronik bir hastalık varlığı (OR: 1.580; p<0.05), tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu öyküsü varlığı (OR: 2.739; p<0.001), ailede AİYS öyküsü varlığı (OR: 1.669; p<0.05) AİYS için önemli risk faktörleri olarak saptandı. Yaş ilerledikçe hafif Şiddette AİYS olgularının görölme sıklığı azalırken, orta ve ağır Şiddette olguların görölme sıklığında anlamlı bir Şekilde artış olduğu saptandı (p<0.05).

**Sonuç**

Eskişehir kırsalında AİYS'lerinin, yaşlı erkekler arasında çok yaygın olduğu saptandı. AİYS'lerine yönelik koruyucu önlemler konusunda erkeklere sağlık eğitimi verilmesi, erken tanı ve tedavi için toplum tabanlı tarama çalışmalarının yaygınlaştırılması ve AİYS'leri olanların bu alanda özelleşmiş merkezlere yönlendirilmesi gerektiği kanısına varıldı

**Anahtar Kelimeler**

AİYS'leri, 40 yaş üzeri erkekler, prevelans, risk faktörleri

• Prof. Dr. ALAETTİN ÜNSAL, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİ. TIP FAK. HALK SAğLIğI A.D. - alaattin@ogu.edu.tr

• Yrd. Doç. Dr. DİDEM ARSLANTAŞ, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİ. TIP FAK. HALK SAğLIğI A.D. - adidem@ogu.edu.tr

• Arş. Gör. Dr. FİLİZ KOÇ, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİ. TIP FAK. HALK SAğLIğI A.D. - koc.filiz@yahoo.com

• Arş. Gör. Dr. SEMRA İSLAMOğLU, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİ. TIP FAK. HALK SAğLIğI A.D. - semra\_ismangoğlu@hotmail.com



**AFYONKARAHİSAR TINAZTEPE VE 2. BLOK YURTLARINDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ALKOL KULLANIMI VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****G. BEŞTEPE, Y. ÇELİK, G. DEĞER, Ş. DEĞER, S. GÜLTEKİN, S. AKTAŞ, E. PERİNCEK****Giriş ve Amaç**

Alkol kullanımı: insanda birçok kez risk alma, kendini tehlikeye atma, kendine zarar verme gibi davranışlara yol açabilmektedir. Alkol kullanan insanlar, diğer insanlara göre madde kullanma, intihar girişiminde bulunma, fiziksel kavgaya karışma gibi davranışlara daha yatkındırlar. Bu araştırma yurttaki kalan üniversite öğrencilerinde, alkol kullanma durumlarını, alkolün hayatlarını nasıl etkilediğini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evreni Afyonkarahisar İl merkezindeki kredi yurtlara bağlı Tinaztepe ve 2.blok yurtlarında kalan 3070 öğrencidir. Çalışmanın örneklemini, çalışmaya katılmak isteyen gönüllü 400 öğrenciden oluşturulmuştur. Katılım oranı %13'dür. Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada hazırlanan anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış, öğrencilere son bir ayda kaç gün alkol tükettikleri sorulmuş ve tüketimlerini tanımlamaları istenmiştir. Elde edilen veriler, SPSS paket programında frekans, ki-kare ve korelasyon testleriyle değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin %50'si kız %50'si erkektir, yaş ortalaması  $20 \pm 1.66$  (17-24) dir. Öğrencilerin % 63.3'ünün hiç içki içmediği, %20.5'inin ayda 1-2 gün, %8'inin 3-5 gün, %2.5'inin 6-9 gün, %5.8'inin 10 günden fazla gün alkol tükettiği belirlenirken alkol tüketen öğrencilerin % 22'sinin tüketimini tadımlık, %20.8'inin özel günlerde birkaç kadeh, %9'unun sarhoş olana kadar ve % 4.3'ünün alkol bağımlısı olarak tanımladığı, %12.5'inin alkollüyen araç kullandığı saptanmıştır. Araştırmada alkol kullanımı-intihar girişimi (p:0.000),alkol kullanımı-madde kullanımı (p:0.000), alkol kullanımı-fiziksel kavgaya karışma (p:0.000) arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Alkol kullanan öğrencilerin fiziksel kavgaya karışma, madde kullanma ve intihar eğiliminin alkol kullanmayan öğrencilere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Kızlarda, erkeklerle göre bu davranışları yapma oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05).

**Sonuç**

Yapılan araştırmada, alkol kullanan öğrencilerin madde kullanma, intihar girişiminde bulunma, fiziksel kavgaya karışma durumları, alkol kullanmayan öğrencilere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu öğrencilere alkol kullanımlarını bağımlılığa dönüştürmeden önce duygusal ve psikolojik destek sağlanmalı, bireylere ve ailelerine madde bağımlılığının ve alkolün zararları hakkında geniş ve kapsamlı eğitim programları düzenlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Yurt, öğrenci, alkol, madde bağımlılığı

- Öğr. Gör. Gülbahar BEŞTEPE, Afyon Sağlık Yüksekokulu - bestepe@aku.edu.tr
- Arş. Gör. Yasemin ÇELİK, Afyon Sağlık Yüksekokulu - yulupinar@aku.edu.tr
- Gülşen DEĞER, Afyon Sağlık Yüksekokulu - degergulsen@hotmail.com
- Şükran DEĞER, Afyon Sağlık Yüksekokulu - degersukran@hotmail.com
- Sadife GÜLTEKİN, Afyon Sağlık Yüksekokulu - sadife32@hotmail.com
- Seda AKTAŞ, Afyon Sağlık Yüksekokulu
- Eda PERİNCEK, Afyon Sağlık Yüksekokulu - eda\_perincek@hotmail.com

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA VE ALKOL KULLANIMI****G. KUYUMCU, A. İDİL, A. KIRILMAZ****Giriş ve Amaç**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sigara, alkol kullanımı dünyada hızla artmaktadır. Sigara önlenebilir ölümlerde birinci sırayı almaktadır. Amacımız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde sigara, alkol kullanımını belirlemek, her iki sınıfı karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde(AÜTF) Ocak 2006-Aralık 2007 tarihleri arasında uygulanan, kesitsel bir araştırmadır. AÜTF 2006-2007 Dönem 1. ve 6. sınıf öğrencilerinin tümü alınarak yapılmıştır. 1. ve 6. sınıfların tümü 617 kişi olup 603 kişiye ulaşılabilmektedir. Araştırmaya alınan tüm öğrencilere anket formu uygulanmıştır. İzinler alınarak, açıklamalar yapılmış, anketin doldurulması sağlanmıştır.

Sigara kullanma durumu: hayır, bıraktım, arasıra içerim, hergün 1-5 tane, hergün 11 ve üzeri olarak; alkol kullanımı, evet veya hayır şeklinde değerlendirmeye alınmıştır.

Bağımlı değişkenler: sigara kullanma, alkol kullanma, bağımsız değişkenler: cinsiyet, sınıf. İstatistiksel analizler SPSS 12.0 paket programıyla yapılmıştır. Değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare Testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya alınan 6. sınıf öğrencilerin %27.5'si , 1. sınıf öğrencilerin % 11.1'u sigara kullanmaktadır. Hergün 11 ve üzeri içenlerin durumu, 6. sınıf öğrencilerinde % 5.4 iken 1. sınıf öğrencilerinde % 1.0 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (c2=31.7 p=0.000). Alkol kullanan öğrenciler, 6. sınıfta (%35.1), 1. sınıfa göre (%23.0) daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (c2=10.1 p=0.001).Araştırmaya alınan 6. sınıf erkek öğrencilerin %41.2'si, kız öğrencilerin %30.6 'sı alkol kullandığını ifade ederken aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (c2=3.8 p=0.06). 1.sınıftaki erkek öğrencilerin % 23.7 'si, kız öğrencilerin % 22.2'si alkol kullanmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(c2=0.0 p=0.9).

**Sonuç**

Sigara ve alkol kullanma, 6. sınıf öğrencilerinde daha önemli bir sorun olarak dikkati çekmektedir. Yapılan araştırmalar çoğunlukla erişkinlere yönelik olduğundan gençlik döneminde kullanımın tespit edilerek metabolik, psikolojik, sosyal sorunlara yol açmadan önlemin alınması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Üniversitelerde zararlı alışkanlıkların yüzdeleri gözönüne alınarak öğrencilere danışmanlık hizmeti veren birimlerin kurulması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara,Alkol,Tıp Fakültesi Öğrencileri

- Uzm. Dr. Gülsün KUYUMCU, SAĞLIK BAKANLIĞI - kuyumcugul@hotmail.com
- Prof. Dr. Aysun İDİL, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - sefayaysunidil@gmail.com
- Öğr. Gör. Dr. Ayşe YILDIZ, ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - ayseyildizkaan@yahoo.com

## BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN SİGARA KULLANICISI HASTALARIN SİGARA PAKETLERİNİN ÜZERİNDEKİ UYARI YAZILARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK İNDEKSİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

**M. F. ÖNSÜZ, E. ALTUNDAŞ, A. ALGAN, E. SOYDEMİR, İ. ASLAN, A. TOPUZOĞLU**

### Giriş ve Amaç

Tüm dünyada yaklaşık 1.1 milyar kişi sigara içmeyi sürdürmektedir ve bunların yaklaşık %80'i gelişmekte olan ülkelerdedir. Araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran sigara kullanıcısı hastaların sigara paketleri üzerindeki uyarı yazıları hakkındaki görüşlerini ve bunların sigara bağımlılık derecesi ile olan ilişkisini belirlemektir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki araştırma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hasta ile 1-15 Ağustos 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler 4 bölümden oluşan anket kullanılarak toplanmıştır. Anketin ilk bölümü sosyodemografik özelliklerle ilgili, ikinci bölümü sigara paketlerindeki uyarı yazılarıyla ilgili, üçüncü bölüm sigara ve sosyal çevreyle ilgili ve dördüncü bölüm Fagerström Nikotin Bağımlılık İndeksi sorularını içermektedir. Veriler SPSS 11.0 paket programıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde, tanımlayıcı istatistikler ve  $\chi^2$  testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $40.86 \pm 11.10$  idi. Katılımcıların % 60.8'i erkek, %35.3'ü iise mezunu, %43.1'i 1001-1500 YTL arası aylık gelire sahipti. Katılımcıların %68.6'sı sigarayı bırakmayı daha önce denemişken, %79.4'ü paketlere uyarı yazılarının konmasını desteklemekteydi. %36.3'ü uyarı yazıları sonucunda sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtti ve %74.5'i kapalı yerlerde sigara içme yasağının sigara bağımlılığını önlemedeki en etkili toplumsal yaklaşım olduğunu bildirdi. Katılımcıların %72.5'i kendisinde, %73.5'i ailesinde sigarayla ilgili sağlık problemi olduğunu belirtti. Fagerström Nikotin Bağımlılık İndeksi'ne göre katılımcıların %48.0'i düşük, %38.2'si orta, %13.8'i yüksek derecede bağımlıydı. Cinsiyet, uyarı yazılarını destekleme ve sigarayı bırakmayı deneme ile bağımlılık derecesi arasında anlamlı ilişki yoktu ( $p>0.05$ ). Yaş grubu, eğitim durumu, gelir düzeyi ve sigarayla ilgili sağlık problemi yaşama açısından bağımlılık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.05$ ). Erkeklerin, 60 yaş ve üzeri gruptakilerin, ilkokul mezunlarının, 501-1000 YTL gelir düzeyindekilerin ve sigarayla ilgili sağlık problemi yaşayanların daha yüksek derecede bağımlı oldukları saptanmıştır.

### Sonuç

Katılımcıların uyarı yazılarını destekledikleri ve kapalı ortamlarda sigara içme yasağını önemli bir toplumsal girişim olarak değerlendirdikleri görüldü. Bağımlılık düzeyinin arttığı, eğitim durumu ve gelir düzeyi sigarayı bırakma çabalarında göz önünde bulundurulmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Sigara, bağımlılık, Fagerström Nikotin Bağımlılık İndeksi

- Uzm. Dr. M. Fatih Önsüz, Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü - mfo17@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Elif Altundaş, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Alper Algan, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Efe Soydemir, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Dr. İter Aslan, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - atopuzoglu@marmara.edu.tr

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ORMAN FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA VE MADDE KULLANIM YAYGINLIğI İLE KULLANMA NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

A. S. MAYDA, C. G. GERCEK, G. GÜMÜŞ, S. DEMİR, M. DENİZ, P. SÜRÜCÜ, M. KONUK, M. TÜRKMAYA, H. TANER

**Giriş ve Amaç**

Bu kesitsel araştırmanın amacı; Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi öğrencilerinde sigara ve bağımlılık oluşturan diğer maddeleri kullanma sıklığının ve kullanma nedenlerinin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evreni Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi' nde okuyan 489 öğrencidir. Örneklem seçilmemiştir. Araştırmanın 44 sorudan oluşan anket formu, araştırmaya katılmayı kabul eden 397 öğrenciye Kasım-Aralık 2007 tarihleri arasında bir asistan doktor gözetiminde 7 intörn doktor tarafından uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, ailenin eğitim durumu, sosyoekonomik durum, sosyal aktivite durumu, bağımlı değişkenleri sigara, madde kullanımıdır.

**Bulgular**

Orman Fakültesinde okuyan öğrencilerin 271' inin erkek, 126' sının kız olduğu belirlendi. Öğrencilerin sigara kullanma durumları incelendiğinde, öğrencilerin 101 (% 25,44)' inin düzenli olarak sigara kullandığı tespit edildi. Öğrencilerin alkol kullanmaları incelendiğinde, öğrencilerin 21 (% 5,39)' inin düzenli olarak alkol kullandığı belirlendi. Öğrencilerin cinsiyete göre sigara kullanımı incelendiğinde, erkeklerin kızlara göre daha fazla sigara içtiği belirlendi. Sigara kullanımı, yaşadığı mekânda sigara içilen öğrencilerde daha fazlaydı( $X^2=5,68$ ,  $p=0,017$ ). Alkol kullanımı, yaşadığı mekânda alkol alınan öğrencilerde daha fazlaydı( $X^2=10,47$ ,  $p=0,001$ ). Aylık geliri 1000 YTL' nin üzerinde olanlarda alkol kullanımı daha fazlaydı( $X^2=16,01$ ,  $p<0,001$ ).

Öğrencilerin 37(% 7,6)' sinin sigara dışında uyuşturucu madde kullandığı belirlendi. En fazla başlama nedeninin alkolde(% 28,8) ve sigarada(% 32,3) özentii olduğu belirlendi. Karşı cinsten arkadaşı olanlarda sigara( $X^2= 18,69$ ,  $p=0,002$ ), alkol( $X^2=12,75$ ,  $p<0,001$ ) kullanımının daha fazla olduğu belirlendi.

**Sonuç**

Sigara ve madde kullanımında özentii önemli bir etkidir. Sigara ile ilgili özendirici öğeler önlenmeli; bu maddelerin zararlarıyla ilgili üniversitede konferanslar verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara, alkol, madde kullanımı, Orman Fakültesi, Düzce

- Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA, Düzce Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Dr. Ç. Gökçe GERÇEK, Düzce Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.D. - cggercek@yahoo.com
- Dr. Gözde GÜMÜŞ, Düzce Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Sema DEMİR, Düzce Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Mustafa DENİZ, Düzce Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.D.
- Dr. Pelin SÜRÜCÜ, Düzce Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.D.

## GAZİ HASTANESİ'NDE GÖREV YAPAN HEMŞİRELERDE SİGARA KULLANIM DURUMU VE 5727 SAYILI "TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ HAKKINDA KANUN" İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

**E. N. AKSAKAL, M. N. İLHAN, N. S. TÜRKÇÜOĞLU, R. AYGÜN**

### Giriş ve Amaç

Tütünle mücadelede başarılı olan ülkelerde sağlık personelinin aktif olarak yer aldıkları görülmektedir. Bu çalışmada Gazi Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin sigara kullanım durumu ve 5727 sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma Mayıs-Haziran 2008 döneminde uygulanmıştır. Kesitsel tipteki çalışmada G.Ü.T.F. Hastanesi'nde görev yapmakta olan 624 hemşirenin 495'ine (%76.3) ulaşılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu gözlem altında uygulanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiklerle birlikte Ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

İncelenen hemşirelerin %55.4'ü 26-33 yaş grubunda, %57.6'sı evli, %50.1'i üniversite, %33.9'u yüksekökol mezunudur. Hemşirelerin %35.6'sı sigara içtiğini, %7.7'si içip bıraktığını, %56.7'si hiç içmediğini belirtmiştir. Halen sigara içenlerin başlama yaşı ortalaması 20.4±3.3, sigara içilen ortalama süre 11.1±5.9 yıl, her ay maaşlarından sigaraya harcanan yüzde ortalaması 6.1±4.8'dir. Yüzde 35.8'i sigara harcamasını azaltmak için marka değiştirdiğini belirtmiştir. Sigara içenlerin %53.7'si son bir yılda sigarayı bırakmayı düşündüğünü, bunların %83.0'ü ise bırakmayı denediğini belirtmiştir. Ortalama deneme sayısı 2.6±2.5'tir. Sigarayı bırakmayı düşünme nedenleri içinde sağlığa zarar verdiği düşüncesi(%73.7) ilk sıradadır. İşyerindeki kısıtlamalar %16.5, yeni kanunun fırsat olduğunu düşünmek %11.0, yeni kanun gereği rahat içmemek %9.8 sıklıkla bildirilmiştir. Sigara içenlerin sigarayı bırakmalarında etkili olabileceğini düşündükleri en önemli etken % 55.5 ile "kendi istek ve iradesi", sigara ile ilgili duygu ve düşünceleri arasında en sık "keyif ve zevk alma"(%64.1) belirtilmiştir. Katılımcılar tarafından sigaraya karşı yürütülen mücadelenin hedefi olarak en sık toplum ve insan sağlığının korunması(%70.0), pasif içicileri koruma(%59.9) ve toplumu bilinçlendirme(%43.2) bildirilmiştir. Katılımcılara 5727 sayılı kanunda yer alan sigara satışı, kamu hizmet binaları, toplu taşıma araçları, eğitim kurumları, eğlence hizmeti veren kurumlar, hastane, ceza ve bakımevleri, yolcu taşımacılığında tütün ürünlerinin tüketilmemesi, televizyonda sigaranın zararları konusunda eğitim yapılması ve sigara reklamının yasaklanması hükümleri hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Hemşirelerin %83.8-98.8'i "tütün ürünlerinin eğlence hizmeti verilen işletmelerde tüketilmemesi" hükmü (%57.0) dışındaki hükümleri uygun bulmuşlardır. Ancak kamu hizmet binalarının kapalı alanları, toplu taşıma araçları, eğitim kurumları ve eğlence yerleri ile ilgili hükümler hakkında "uygun değil" yanıtı sigara içenlerde anlamlı şekilde yüksektir. Katılımcıların %46.4'ü bu yasamın sigara kullanımını azaltacağını, %11.7'si ise hiçbir etkisinin olmayacağını düşünmektedir.

### Sonuç

Tütün ürünleri ile mücadelede sağlık personeli önemli bir hedef gruptur ve Türkiye'de bu gruptaki sigara içme sıklığının yüksekliği göz önüne alındığında etkili müdahalelere gereksinim olduğu düşünülmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Tütün kontrolü, sağlık personeli, kanun

- Yrd. Doç. Dr. F. NUR AKSAKAL, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - naksakal@gazi.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. MUSTAFA N. İLHAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - mmilhan@gazi.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. N. SERTAÇ TÜRKÇÜOĞLU, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - sertacturkuoglu@yahoo.com
- Prof. Dr. REMZİ AYGÜN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - raygun@gazi.edu.tr

## İSTANBUL ALTUNİZADE ERKEK ÖĞRENCİ YURDUNDA KALAN ÖĞRENCİLERİN SİGARA KULLANIMI KONUSUNDAKİ DAVRANIŞLARI

**N. MUSTAFAOĞLU, A. DURAN, E. DURMUŞ, M. ERDEM, İ. ERTEN, O. KAPLAN**

### Giriş ve Amaç

Dünyada en önemli erken ölüm nedenlerinden olan sigara, önlenebilir risk faktörleri arasında en baştaadır. Ülkemizde; her yıl yaklaşık 100 bin kişi sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmekte olup sigara genç yaş grubu içinde önemli bir sorundur.

İstanbul Altunizade Erkek Öğrenci Yurdunda kalan erkek öğrencilerin sigara kullanım sıklığı, süresi.başlama nedenlerinin değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 20.03.2008 ile 20.04.2008 tarihleri arasında İstanbul Altunizade Erkek Öğrenci Yurdunda yürütülmüştür.Veriler gözlem altında anket yoluyla toplanmıştır.Ankette sosyodemografik özellikler.sigara kullanım sıklığı, süresi.başlama nedenleri,bırakmada engel gördükleri unsurlar ve sigarayı önlemede etkili toplumsal yaklaşımlarla ilgili tutum sorgulanmıştır.Yurda kayıtlı 816 kişiden araştırma sırasında yurtda bulunan 754 kişi evreni oluşturmaktadır.Örneklem gelişigüzel örneklem yöntemiyle seçilmiş araştırmaya katılmayı kabul eden 487 kişiye uygulanmıştır .veriler tanımlayıcı ve kıkare önemlilik testi ile analiz edilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya 487 kişi katılmıştır(%64,58) Katılımcıların yaş ortalaması 21.4 olup min:16,max:30,sd:1.9'dur,% 20,8'inin annesi ,%30'unun babası lise mezunudur. Sigara içenler %43,3 (n:211)(%95 GA:38,93-47.73). Ortalama sigara içme süresi 4 yıl 10 ay, daha önce sigara içmeyi deneyenler %77.2(376)(%95 GA:73,48-80,94)' dir. En az 6 ay sigara içmiş olanlar %47.2 (230)(%95 GA:42,8-51,66)' dir. Sigaraya başlama nedenleri; arkadaş çevresi %54,4, stres-üzüntü %16,2, zevk %9,8, ailede sigara öyküsü %4,9, merak %4,9, sebep yok %9,8'dur.Günlük sigara tüketiminin artış sebepleri sırasıyla %34,6(n:64) stres ,%21,1(n:39) üzüntü ,%12,4(n:23) çay kahve tüketimidir. Katılımcıların büyük kısmı günde 11-20 arası sigara içmektedir(%64,4) .Sigara içenlerin sigarayı bırakma konusunda engel gördükleri %28,2 çevre baskısı, %22,4 bağımlılık , %18,4'ü stres, %9,2 alışkanlık, %21,8 'i ise bir engel bulunmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %34,3 ü kapalı alanlarda sigara içme yaşağını çok etkili ,%24'ü etkisiz , %27,1'i ise etkili olduğunu, paketlerdeki yazılı uyarıların % 7,6 çok etkili, %52,7'si ise etkisiz olduğunu düşünmektedirler. Sağlık personelinin uyarılarının %32,7 si etkili , %26,1'i ise etkisiz bulmaktadır. Annesi üniversite mezunu olanların sigara içme oranı %66,7'dir bu annesi üniversite mezunu olup sigara içmeyenlere göre anlamlıdır.

### Sonuç

Katılımcıların büyük bir kısmının sigara içmekte olması bize halk sağlığı sorunları içerisinde yol gösterici olmalıdır. gençler arasında sosyal çevrenin sigara alışkanlığındaki önemi bu konudaki alınacak önlemler olarak ilk sırada yer almalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Smoking, gençlik

- Arş. Gör. Dr. Nur Mustafaoğlu, MÜTF HALK SAĞLIĞI A.D. - nur.mustafaoglu@hotmail.com
- Dr. Alpay Duran
- Dr. Erdal Durmuş
- Dr. Metin Erdem
- Dr. İbrahim Erten
- Dr. Onur Kaplan

**KAYSERİ ŞEHİR MERKEZİNDE BULUNAN İKİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA ÖĞRENCİLERİN SİGARA KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ****Serpil POYRAZOĞLU, Melis NAÇAR, Zeynep BAYKAN, Rıza ÇİTİL, Osman GÜNAY****Giriş ve Amaç**

Sigara içme alışkanlığının göreceli olarak daha düşük olduğu, ancak sigaraya başlama döneminde olan öğrenciler, bu alışkanlığa karşı korunması ve farkındalık yaratılması gereken başlıca risk grubudur. Bu çalışmada, Kayseri şehir merkezinde bulunan seçilmiş bir devlet ile bir özel ilköğretim okulundaki 5. 6. 7 ve 8. sınıf öğrencilerinin sigara hakkındaki düşünceleri ve çevrelerinde sigara içilme durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma, 2007 yılı Aralık ayı içerisinde, ailelerin sosyoekonomik düzeyi orta olan bir devlet okulundan 699, yüksek olan bir özel okuldan 139 öğrenci olmak üzere 5-8. sınıf öğrencilerinin tümü olan 838 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Öğrenciler isim yazmadan 22 soruluk anketi kendileri doldürmüştür, daha sonra sigaranın zararları hakkında bir eğitime tabi tutulmuşlardır.

**Bulgular**

Öğrencilerin yaş ortalamaları 12.2±1.1: %53.6'sı kız, %46.4'ü erkektir. %83.4'ü devlet, %16.6'sı özel okulda okumaktadır. Öğrencilerin %64.7'sinin ailesinde herhangi biri: %34.4'ünün yanında aile bireyleri, %2.3'ünün yanında öğretmenleri sigara içmektedir. Yanında sigara içme açısından iki okul arasında fark yoktur. Öğrencilerin %98.3'ü sigaranın zararlı olduğunu, %95.8'i kansere neden olduğunu, %93.7'si kalp bozukluğu yaptığını, %53.8'i görme bozukluğu yaptığını bilmektedir. İki okul arasında sigaranın zararlarını bilme açısından fark yoktur.

Öğrenciler sigara ile ilgili bilgilerini en fazla %63.4 ile ailelerinden, %52.9 ile okullarından, %49.0 ile televizyondan almışlardır. Özel okulda televizyondan sigara ile ilgili bilgi alma oranı daha fazladır. Öğrencilerin %92.7'si ailede sigara içenleri uyarmakta, %46.6'sının ailesi öğrenciyi sigara almaya göndermektedir. Sigara içen arkadaşı olan öğrencilerin %76.1'i arkadaşını uyardığını söylemiştir. Öğrencilerin %96.8'i sigara ile ilgili yasaklar olması gerektiğini, %82.8'i bu yasakların her yerde, %93.3'ü kapalı ortamlarda, %95.1'i okulda, %90.5'i işyerlerinde olması gerektiğini söylemiştir.

**Sonuç**

Sonuç olarak öğrencilerin sigara konusunda aile ve okuldan bilgi alma oranları yetersiz olup öğrencilerin üçte ikisinin ailesinden herhangi biri sigara içmektedir. Öğrencilerin %34.4'ünün ev ortamında yanında sigara içilmektedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu sigaranın zararlarını bilmekte ve yasaklanması gerektiğini düşünmektedir. Bu sonuçlara göre: öğrencilerin eğitimi yanı sıra, sigaranın zararları konusunda ailelere de eğitim verilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara, ilköğretim, yasaklar, zararlar, düşünce

- Arş. Gör. Dr. Serpil Poyrazoğlu, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - drserpil44@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Melis Naçar, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı - mnacar@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Zeynep Başkan, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı - zbaykan@erciyes.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Rıza Çitil, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - rcitil@gmail.com
- Prof. Dr. Osman Günay, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gunayos@erciyes.edu.tr

**MALATYA'DA İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM ve DAVRANIŞLARI****M. OMAC, G. GÜNEŞ, M. F. GENÇ****Giriş ve Amaç**

Sigaraya başlama yaşı düşme eğilimindedir. Bu çalışma İlköğretim düzeyindeki öğrencilerin sigarayla ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma kapsamına kent merkezinden bir özel (119), bir devlet (129), kırsalda bir köy ilköğretim okulundan (188) toplam 436 öğrenci dâhil edilmiştir. Eğitim düzeylerine göre 1-3 ve 4-8. sınıflar için sosyodemografik özellikleri ve sigara ile ilgili sorular içeren farklı düzeyde hazırlanmış anket formu uygulanmıştır. Bilgi soruları üzerinden öğrencilere puan verilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurumlardan izin alınmıştır. Veriler SPSS 11.0 paket programında analiz edilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin %22.9'unun annesi, %53.2'sinin babası sigara içmektedir. Özel okulda okuyan öğrencilerin %15.1'i, Merkez Devlet okulunda okuyan öğrencilerin %11.6'sı, köy okulunda okuyan öğrencilerin %5.4'ü sigarayı denemiştir. (P<0.05). 1-3. sınıf öğrencilerin %13.8'i, 4-8. sınıf öğrencilerin %13.7'si sigarayı denemiştir. Özel okulda okuyan öğrencilerin anneleri daha fazla sigara içerken, köy okulunda okuyan öğrencilerin babaları daha fazla sigara içmektedir (p<0.05). Öğrencilerin %91.1'i sigaranın dişleri sararttığını, %91.7'si öksürüğe neden olduğunu, %76.6'sı kanser yaptığını, %72.9'u kalp hastalığına neden olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin %75.2'si "büyüklerime yanımda sigara içmemelerini söylerim" demiştir. Öğrenciler bilgi sorularından min: 2 Max: 13 puan üzerinden ortalama 10.48 puan almışlardır. Özel okulda okuyan öğrencilerin bilgi puanları daha yüksek saptanmıştır.

**Sonuç**

Özel okuldaki öğrencilerin sigara konusunda bilgileri daha fazladır, sigara deneme ve annelerinin sigara içme durumları diğer öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Sigaraya yönelik mücadele çalışmalarındaki temel ilkelerden biri sigaraya başlama oranlarını düşürmektir. Bu açıdan sigaraya başlama yaşının, başlama nedenlerinin, ailenin sigara kullanma durumu, sigara ile ilgili bilgi düzeylerinin bilinmesi, çocuklarda ve gençlerde içme oranlarının saptanması çalışmalara ışık tutacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara, ilköğretim, pasif içicilik



**SİGARA BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE ÇALIŞMALARINA KURUMSAL YAKLAŞIM ÖRNEĞİ: DENİZLİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMASI****A. İ. BOZKURT, Ş. A. CENGİZ, E. DİKBAS, E. TURHAN EGÜRHAN, M. ŞAHİN, S. GÜNEŞ, D. AKDOĞAN****Giriş ve Amaç**

İldeki diğer kurumlara ve kendisine bağlı okullara örnek olması için Denizli İl Millî Eğitim Müdürlüğü personeline yönelik sigaraya karşı mücadele ve bırakırma çalışması başlatılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma İl Millî Eğitim Müdürlüğü ve PAÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından ortaklaşa planlanmıştır. Öncelikle personele uygulanan ve 42 sorudan oluşan bir anket ile çalışanların sigara içme profili çıkarılmıştır. Daha sonra sigara içenlere yönelik toplu bir eğitim verilmiştir. Gerek anketler gerekse de eğitim sırasında sigarayı bırakmak ve danışmanlık hizmeti almak isteyenler belirlenmiştir.

Sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti İl Millî Eğitim Müdürlüğü binasında sağlanan bir mekânda verilmeye başlanmıştır. Danışmanlık sigara bırakırma konusunda eğitim almış gönüllü hekimlerce yüz yüze görüşme tekniği ile verilmiştir.

Başvuranlara ilk başvuruyu takiben (1. görüşme), 2., 3., 5., 7., 11. haftalarda toplam 6 görüşme planlanmıştır.

İlk başvuruda danışmanlık ve fizik muayene dışında, kontrol amaçlı solunum fonksiyon testleri, solunum havasında CO ölçümü yapılmış, AC grafisi ve lipid profili istenmiştir.

**Bulgular**

Denizli İl Millî Eğitim Müdürlüğünde 51'i kadın 117' si erkek toplam 168 çalışana anket uygulandı. Çalışanların % 36'sı hergün, %6'sı ise ara sıra olmak üzere yaklaşık %42'si sigara içiyordu. Sigara içenlerden toplam 52 kişi sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir. Bu gruptan 5 kişi ilk görüşmede bırakmayı istemediklerini belirtmeleri, üçü ise gelmemeleri nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır.

Toplam danışmanlık hizmetinden yararlanan 44 kişi içinden 16 kişi sigarayı bırakmıştır(%36.4). Toplam 18 çalışan ise (%40.9) içtikleri sigarayı değişik oranlarda azaltmıştır. Danışmanlık hizmeti verilen gruptan 4 kişi (%9.1) bırakmayı düşünmemekte, 5 kişi (%11.4) sigara içmeye devam etmekte ve 1 kişi ise sigarayı bırakmak için ileri bir tarihi seçmiştir.

Danışmanlık hizmeti verilen gruptan nikotin bağımlılığı yüksek olan toplam 6 kişiye ek tıbbi tedavi verilmiş olup (5 kişiye nikotin bandı, 1 kişiye antidepresan) bu gruptan 2 kişi sigarayı bırakmıştır.

**Sonuç**

Bu kurumsal müdahale sonunda başvuranların yaklaşık %36'sının sigarayı bırakmış, %40'inin sigarayı azaltmış olması oldukça önemlidir. Çalışma öncesi sigara içenler (70 kişi) esas alındığında; bu müdahaleyle sigara içenlerin %22.8'i sigarayı bırakmış, %25.7'si ise sigarayı azaltmıştır.

Elde edilen bu sonuçlar kurum amirlerinin desteği ve iyi organize olmuş programlarla çalışanların kendi kurumlarında bırakma açısından desteklenmesinin başarılı sonuçlar verdiğini göstermektedir. Ancak bırakma sonuçlarımızın takibinin ortalama 6 haftalık olduğu unutulmamalı, daha sağlıklı değerlendirmeler için 6 aylık ve bir yıllık sonuçların beklenmesinin yararlı olacağı bilinmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara, müdahale, çalışan, bağımlılık

- Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - abozkurt@pau.edu.tr
- Şerif Ali CENGİZ, Denizli İl Millî Eğitim Müdürlüğü Sağlık İşleri Şubesi - sacengiz@meb.gov.tr
- Arş. Gör. Dr. Emel DİKBAS, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - efdikbas@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Elif TURHAN EGÜRHAN, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - turhanelif@yahoo.com
- Dr. Mevlüt ŞAHİN SĞÜNEŞ, Devlet Hastanesi Acil - drmevlutsahin@mynet.com
- Dr. Dilek AKDOĞAN, Denizli İl Sağlık Müdürlüğü - drdilekakdogan@yahoo.com

**TBMM MİLLETVEKİLLERİNİN SİGARA İÇME VE SİGARA KULLANIMININ KISITLANMASINA DAİR YENİ YASA HAKKINDAKİ GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI****H. ÖZCEBE, H. PEKCAN, G. BOZTAŞ, M. KAYA, Ö. KARADAĞ****Giriş ve Amaç**

Araştırma kapalı ortamlarda sigara kullanımı konusundaki önlemleri güçlendiren 5727 Sayılı Yasayı hazırlayan ve yürürlüğe girmesini sağlayan 23. Dönem Milletvekillerinin, sigara kullanımı davranışları ve yasanın uygulanması konusundaki görüşlerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) görev yapan 23. Dönem milletvekilleri olup (n=548); bu çalışmada örneklem seçilmemiştir. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada milletvekillerinin %44.8'sine (n=246) ulaşılmıştır. Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan ve 31 sorudan oluşan anket formunda milletvekillerinin sosyodemografik özellikleri, sigara kullanma davranışları, bu davranışın sağlıkları ve ailelerinin sağlığına etkileri konusundaki görüşleri, kapalı ortamlarda sigara kullanımını sınırlandıran yasaya verdikleri destek ve bundan sonraki yaklaşımlarına ilişkin sorular yer almaktadır. Araştırmada verinin yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanması planlanmıştır. Ancak, tüm milletvekilleri ile yüz yüze görüşme olanağı olmamış, bu durumda anketler milletvekillerine ulaştırılarak uygulanmıştır. Veri toplama 8-18 Nisan 2008 tarihleri arasında tamamlanmış, analizde frekans dağılımları ve Ki-kare testi kullanılmıştır. TBMM'den yazılı izin alınmış, milletvekillerine isim, mensup olduğu siyasi parti gibi tanımlayıcı sorular sorulmamıştır.

**Bulgular**

Görüşülen 246 milletvekillerinin yaş ortalaması 51.2±7.8 yıldır. %90.7'si erkektir. Halen sigara kullandığını (%26.5) belirten milletvekillerinin %42.4'ü 5727 Sayılı Yasa yürürlüğe girdikten sonra sigarayı bırakmayı düşündüklerini, %77.8'i yasanın gerektirdiği sigara içme yasağına uyacağını belirtmiştir. Yasanın çıkması (%88.8) ve Genel Kurul'da görüşülmesi sırasında yasaya destek verdiğini (%89.2) belirten milletvekillerinin çoğunluğu yasanın lehine oy kullanarak katkı verdiğini belirtmiştir. Sigara kullanmayan milletvekillerinin yasanın çıkmasına (p=0.007) ve görüşülmesine (p=0.0001) kullananlara göre daha fazla katkı verdikleri; katkı verenlerin yasaya destek vermeyi daha fazla düşündükleri saptanmıştır (p=0.005). Sigara kullanan milletvekillerinin TBMM'de sigara içenler için özel alan oluşturulması (p<0.05); konuklarına odalarında sigara kullanma izni verme yüzdeleri (p<0.05) kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç**

Milletvekilleri genel olarak yasanın çıkmasını destekleyici olmasına karşın, uygulama konusunda, özellikle sigara içen ve yasayı desteklemeyen milletvekillerinde daha fazla olmak üzere bazı bireysel yaklaşımlarının olumsuz olabileciği saptanmıştır. Milletvekillerinin yasayı daha fazla desteklemeleri ve uygulanmasını olumlu bir şekilde etkilemeleri için farkındalıklarının artırılmasına yönelik yaklaşımlara gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara, 5727 Sayılı Yasa, Milletvekili

- Prof. Dr. Hilal Özcebe, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - hozcebe@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. Hikmet Pekcan, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - hikmetp@hacettepe.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Güledal Boztaş, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - boztasguledal@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Mehmet Kaya, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - mkaya444@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Özge Karadağ, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - okaradag@hacettepe.edu.tr

**TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN VE HASTANEDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN KULLANIMI İLE İLGİLİ YENİ YASA VE DÜZENLEMELER HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI****R. OĞUR, F. YEŞİLDAL, K. KARA, K. YILDIZ, Ö. F. TEKBAŞ, B. BAKIR****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmanın amacı: GATF son sınıf öğrencilerinin ve GATF Hastanesinde görevli hemşirelerin tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili yeni yasa ve düzenlemeler hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır. Hazırlanmış olan soru formları tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine (n=60) ve hastanede görevli hemşirelerden çalışmaya katılmayı kabul edenlere (n=50) uygulanmıştır. Uygulanan soru formunda katılımcıların tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili yeni yasa ve düzenlemeler hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorular mevcuttur. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş ve istatistiksel analiz olarak ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Katılımcılar Son sınıf öğrencileri (%54.5) ve hemşireler (%45.5) olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılanlar genel olarak yeni yasa hakkında yeterince bilgilendirilmediklerini (%62.7) ve kendi çabalarıyla bilgi edinmeye çalışmadıklarını (%71.8), buna rağmen tütün ürünlerinin kullanımının yasak olduğu bölgeler hakkında yeterli bilgileri olduğunu (%61.8) belirtmişlerdir. Bununla birlikte tütün kullanımının yasak olduğu bölgeleri doğru olarak bilenler grubun %21.8'ini oluşturmaktadır. Son sınıf öğrencilerinin %31.7'si, hemşirelerin %34.0'ü sigara kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %73.6'sı sigara kullananların kanunda yasak olarak belirtilen yerlerde sigara içildiğini gözlemediklerini belirtmiştir. Katılımcıların %20'si tütün ürünlerinin kullanılmasının yasak olduğu bölgelerde sigara içenleri ikaz ettiğini veya yetkililere bilgi verdiğini ifade etmiştir (son sınıf öğrencilerinin %6.7'si, hemşirelerin %36'sı (p<0.001)). Katılımcıların %71.8'i ilgili yasadaki çevrelerinde sigara içenlerin sayısında veya içtikleri sigara miktarında azalma olmadığını belirtirken, katılımcılardan sigara içen 36 kişiden 18'i ilgili yasadaki sigara kullanımını azalttıklarını (son sınıf öğrencilerinin %42.1'i, hemşirelerin %58.9'u) ifade etmişlerdir.

**Sonuç**

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımıyla ilgili yeni yasanın kısa bir süre önce uygulanmaya başlamasına ve katılımcıların konu hakkında yeterince bilgilendirme yapılmadığını öne sürmelerine rağmen yasanın faydalı etkilerinin, özellikle çalışma ortamlarında, görülmeye başlandığı değerlendirilmektedir. Bununla birlikte tüketimi çeşitli şekillerde sınırlandırılmaya çalışılan bir maddenin üretiminin kısıtlanması konusunda da girişimlerde bulunulması gerektiği dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara kullanımı, yasal düzenlemeler, sağlık çalışanları

- Doç. Dr. RECAİ OĞUR, GATA HALK SAĞLIĞI A.D. - rogur@gata.edu.tr
- Dr. FATİH YEŞİLDAL, GATA
- Dr. KAYIHAN KARA, GATA
- Dr. KADİR YILDIZ, GATA
- Doç. Dr. ÖMER FARUK TEKBAŞ, GATA ÇEVRE SAĞLIĞI B.D.
- Doç. Dr. BİLAL BAKIR, GATA HALK SAĞLIĞI A.D.

**TRABZON'DA LİSE DÖNEMİ GENÇLERDE SİGARAYA YÖNELİK MÜDAHALE ÇALIŞMASI****G. ÇAN, M. TOPBAŞ, F. ÖZTUNA, Ş. ÖZGÜN, A. YAVUZYILMAZ****Giriş ve Amaç**

Sigara üreticilerinin reklamları, tütün ürünlerine kolayca ulaşabilme ve düşük fiyatlar, arkadaş ve kardeşlerin sigara içmesi, imaj kaygıları gibi pek çok faktör genç yaşta sigara içme riskini arttırmaktadır.

Bu çalışma lise çağındaki gençler arasında sigara içmeyi deneme ve düzenli içme durumlarını etkilemek üzere yapılan farklı müdahale yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Trabzon il merkezinde aynı sosyoekonomik düzeyde üç ayrı lise 1. sınıf öğrencilerinin tamamı olan 605 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Eğitim dönemi başında ve sonunda uygulanan anketler ile öğrencilerin sigara içme durumları sorgulanmıştır. Başlangıç tespit çalışmalarından sonra liselerden birinde yıl boyunca her ay sigara ile ilgili değişik bir düzenleme ile (konferans, kompozisyon yarışması, slogan yarışması, panel) aktif katılımlı eğitim uygulanmıştır. Diğerinde sadece iki yılda birer konferans ile pasif eğitim düzenlenmiş, üçüncü lisede ise kontrol grubu olarak sadece tespitler yapılmıştır.

Veriler gözetim altında anket yöntemi ile toplanmış, çalışmada sigara içmeyi deneme, düzenli içme durumları tespit edilmeye çalışılmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare testi, Mc Nemar testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Uygulanan eğitim programlarının sonucunda, eğitim yapılan liselerde sigara deneme sıklığında değişiklik yokken eğitim yapılmayan kontrol lisede deneme sıklığı anlamlı olarak fazladır. Aktif(P=1.000) ve pasif(P=1.000) eğitim uygulanan liselerde sene boyunca 1'er kişi sigarayı denemiş ve sene başı ile sene sonu arasında sigarayı deneme açısından fark bulunmamıştır. Oysa eğitim çalışması yapılmayan kontrol grubunda sene içinde 6 kişi sigarayı denemiş ve fark anlamlı bulunmuştur (P=0.031).

Kontrol lisesinde sene başında 32 (%7.5) kişi düzenli içici iken sene sonunda 35 (% 8.2) kişi düzenli içici olmuştur (P=0.250). Pasif müdahale lisesinde düzenli içici olmamıştır. aktif müdahale lisesinde sene başında düzenli sigara içen 6 (%4.8) öğrenci varken sene süresince 1 öğrenci sigarayı bırakmış ve yeni içmeye başlayan olmamıştı böylece sene sonunda 5 (%4.0) öğrenci düzenli sigara içmekteydi ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (P=1.000).

**Sonuç**

Gençlere yönelik sigara ile daha geniş kapsamlı mücadele programları geliştirilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler**

Sigara, gençler, müdahale, eğitim

- Prof. Dr. GAMZE ÇAN, KTÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - gcanktu@yahoo.com
- Doç. Dr. MURAT TOPBAŞ, KTÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - murattopbas@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. FUNDA ÖZTUNA, KTÜ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI - foztuna@yahoo.com
- Üzm. Dr. ŞÜKRÜ ÖZGÜN, KTÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI - sukruzgun@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. ASUMAN YAVUZYILMAZ, KTÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI - drasuman@mynet.com

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA VE NARGİLE KULLANMA ALIŞKANLIKLARI

**Funda SEVENCAN, Hilal ÖZCEBE, Nilüfer VOLTAN ACAR, Yasemin AKMAN, Filiz BİLGE**

### Giriş ve Amaç

Son yıllarda gençler arasında nargile kullanımı giderek artmakta; özellikle büyükşehirlerde açılan "nargile kafe"ler gençlerin beraber zaman geçirdikleri yerler haline gelmektedir. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin sigara ve nargile içme durumlarına ilişkin değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan bu çalışma Ankara ilinde bulunan bir üniversitenin Eğitim, Mühendislik ve Eczacılık Fakültelerinde yapılmıştır. Bu fakültelerde okuyan birinci ve ikinci sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bu grupları temsil edecek örneklem grubuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri ile sigara ve nargile kullanımını konu alan bulgular fakültele göre ağırlıklandırılarak analiz edilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20,40±1,28 yıl. %60,6'sı kadındır. Araştırmaya Eczacılık Fakültesinden katılan öğrencilerin %63,4'ü hiç sigara içmediğini, %7,5'i ise halen içtiğini belirtmiştir. Bu yüzdeler Eğitim Fakültesi için %55,3 ve %13,0; Mühendislik Fakültesi için %58,9 ve %11,7'dir.

Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin %39,7'si, Eğitim Fakültesi öğrencilerin %33,7'si ve Mühendislik Fakültesi öğrencilerin ise %46,3'ü nargile içtiğini ifade etmiştir. Eczacılık Fakültesinden katılan ve nargile içen öğrencilerin %8,5'i ise haftada bir ve daha fazla nargile içerken; bu yüzde Eğitim Fakültesi için %4,2 ve Mühendislik Fakültesi için %4,2'dir.

Eczacılık Fakültesindeki hiç sigara kullandığını ifade eden öğrencilerin %24,1'i, Eğitim Fakültesinde %14,1'i, Mühendislik Fakültesinde ise %28,7'si nargile kullandığını belirtmiştir. Her üç fakültede de sigara kullanma nargile kullanımını artırmaktadır (p<0,05).

Sosyodemografik değişkenlere göre Eczacılık Fakültesinde kadın olma, yurttan kalma, annenin lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip olması, ekonomik durum algısının orta olması sigara ve nargile kullanımını artırmaktadır (p<0,05). Eğitim Fakültesinde kadın olma, yurttan kalma, anne ve babanın lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip olması, ortaokul ve altı; babanın lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip olması (p<0,05); Mühendislik Fakültesinde ise Eczacılık Fakültesi öğrencilerinde olduğu gibi annenin lise ve üzeri öğrenim duruma sahip olması sigara ve nargile kullanımını (p<0,05) artırmaktadır.

### Sonuç

Nargile kullanımı sigara kullanımı gibi gençler arasında oldukça yaygın bir davranış haline gelmektedir. Hiç sigara kullanmadığı halde nargile kullanan öğrenciler özellikle risk altındadırlar. Nargile kullanan gençlerin bir kısmı nargile kafelere gitme konusunda bağımlılık oluşturmaya başlamışlardır. Nargile kullanan öğrencilerin kadın olması, sigara kullanımında son yıllarda olduğu gibi kadınların daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir. Gençlerin tütün ürünü kullanmamasına ilişkin mücadelenin daha geniş bir bakış açısı ile yapılması ve nargile konusunun da bu bakış açısı içinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Genç, üniversite, öğrenci, sigara içme, nargile içme

- Arş. Gör. Dr. Funda Sevecan, HÜTF Halk Sağlığı A.D. - fundasevecan@yahoo.com
- Prof. Dr. Hilal Özcebe, HÜTF Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. Nilüfer Voltan Acar, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik A.D.
- Doç. Dr. Yasemin Akman, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik A.D.
- Doç. Dr. Filiz Bilge, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik A.D.

## MARDİN ÖMERLİ'DE BİR OKUL ORTAMINDA ŞİDDETİ ÖNLEME VE ÖFKE KONTROLÜ ÇALIŞMALARI

**N.ÖKTEM, A. ÇALIŞIR, E. KILINÇ, O. EKER ÖZDENER, N. ÖZDENER**

### **Giriş ve Amaç**

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti "güç ve baskı uygulayarak insanların bedensel veya ruhsal açıdan zarar görmesine neden olan bireysel yada toplu hareketlerin tümüdür" diye tanımlamaktadır.

Şiddet genellikle kişiler arasındaki ilişkilerdeki problemlerin çözümüyle ilgili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Okul ortamında ortak bir yaşamı paylaşırken çeşitli anlaşmazlıklar yaşanması doğaldır. Ancak bu anlaşmazlıklar küçük ve önemsiz tartışmalardan fiziksel şiddete kadar değişik boyutlara ulaşabilmektedir. Şiddetin çoğu zaman bir güç sembolü olarak görülmesi tercih edilen bir problem çözme yöntemi olarak varlığını sürdürmesine neden olmaktadır. Öfke ve şiddet önemli bir halk sağlığı sorunudur. Şiddeti önleme işbirliğini gerektirir. Öğrenciler saldırgan davranışları öğrendikleri gibi, saldırgan olmayan davranışları da öğrenebilirler. Şiddeti azaltarak güvenli bir okul, demokratik bir ortam, insancıl ve daha sağlıklı bir eğitim anlayışı geliştirmek mümkündür.

Bu çalışmanın amacı, Okul ortamında öğrencilerin; sağlıklı iletişim kurabilme, çatışma çözebilme, şiddeti önleme, öfkeyi yönetebilme becerilerinin geliştirilip geliştirilemeyeceğini belirlemektir.

### **Gereç ve Yöntem**

Bu araştırmada Mardin Ömerli İlçesi Yatılı Bölge Okulunda 6.7.8.sınıflardan toplam 116 öğrenci, 15 öğretmen, 25 veliye ulaşılmıştır. Uygulama sırasında; anlatım, tartışma, örnek olay, problem çözme, beyin fırtınası, soru-cevap, rol oynama, canlandırma, ikili grup çalışmaları, eğitici oyunlar, donuk imge, pastel tekniği, slogan oluşturma vb. yöntem ve teknikler, ön test-son test, duyuğ düşünce öneri formları ve çalışma kağıtları kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Öğrencilerde, ön test sonrası % 36 olan bilgi düzeyinde, son test sonucunda %72 oranında artış saptanmıştır (bu oran öğretmenlerde de %67'den %89'a yükselmiştir. Velilerde ise olumlu tutum ve yaklaşımlar gözlenmiştir). Ön test-son test, duyuğ düşünce ve öneri formlarından elde edilen bulgulara göre; öğrencilerin hem bilgi düzeyinde, hem konuya ilgi, istek, tutum ve uygulama düzeyinde vb. özellikler açısından duyuşsal olarak zenginleştiklerini göstermiştir.

### **Sonuç**

Araştırma sonuçları sağlıklı iletişim kurma, çatışma çözme ve öfke yönetimi becerilerinin okul ortamında geliştirilebileceğini ortaya koymaktadır. Sağlıklı bireyler ve sağlıklı kimlikler yetiştirilmesi açısından bu tür programlar şiddet önleme ve öfke kontrolü çalışmalarında kullanılmalıdır. Çalışmanın sonunda Ömerli ilçesinde, halka açık "Şiddet ve Öfke Kontrolü" konulu bir panel düzenlenmiştir.

### **Anahtar Kelimeler**

Mardin, Okul, Şiddet, Öfke, Kontrol

• Arş. Gör. Olga Eker Özden, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - oeker@cu.edu.tr

**ANKARA'DA BİR SAĞLIK OCAĞI'NA BAŞVURAN 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN BECK DEPRESYON ENVANTERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ****Tülay BAĞCI BOSİ, Fehminaz TEMEL, Ayşegül DOĞAN, Ayşe ÇOLAK, Pınar DOĞAN, Çağatay GÜLER****Giriş ve Amaç**

Depresyon toplumda yaygın olarak görülen, önemli bir ruhsal hastalıktır. Araştırmada Ankara'da bir Sağlık Ocağı'na başvuran ve bu sorunun sık görüldüğü 15-49 yaş grubunda olan kadınlarda Beck Depresyon Envanteri ile depresyon belirtilerinin olma olasılığını saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte olan araştırmada Ankara'da bir Sağlık Ocağı'na 10 işgünü içinde başvuran 15-49 yaş grubunda 195 kadına gözlem altında anket uygulanmıştır. Beck Depresyon ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 63'dür. Depresyon puanının 17 ve üzerinde olması depresyon riski altında olma olasılığını göstermektedir. Veriler, SPSS 15 programıyla değerlendirilmiş, analizlerde yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların (195 kadın) yaş ortalaması 33.1±0.6 yıl, %76.9'u evli, %32.3'ü lise mezunudur. Kadınların %64.7'si çalışmamaktan, %22.6'sı sosyal hayatlarından, %21.3'si çalışma koşullarından, %19.5'i ev koşullarından memnun olmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %26.7'si ailedeki diğer bireylerle sorunu olduğunu, %10.8'i şiddet gördüğünü, %13.3'ü yakın iletişim kurabildiği herhangi biri bulunmadığını, %38.5'i son bir yılda üzücü bir olay yaşadığını belirtmiştir. Kadınların %19.5'inde tanı konmuş kronik bir hastalık mevcut iken %8.7'sinde de tanı konmuş ruhsal bir hastalık bulunmaktadır. Kadınların %24.1'inin Beck depresyon puanı 17 ve üzerinde olup ortalama Beck puanı 12.0±0.6'dır (Ortanca=11.0, Min-max=0-39).

Beck Depresyon Envanteri'ne göre, depresyon belirtileri 25-29 yaş grubunda, boşanmış kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, ilk evliliğini 15 yaşından önce yapanlarda, çalışmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Beck Depresyon Puanı: ev ortamında huzurlu olmayanlarda, evde birlikte yaşadığı bireylerle sorunu olanlarda, şiddete maruz kalanlarda, evinde şiddet gören birey bulunanlarda, yakın iletişim kurabileceği kimsesi olmayanlarda diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Araştırmaya katılan 15-49 yaş grubu kadınlarda Beck Depresyon Envanteri'ne göre depresyon olma olasılığı yüksek olarak bulunmuştur.

**Sonuç**

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin depresyon tanı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, depresyonun erken tanısı ve tedavisi açısından önemli olup birinci basamak çalışanlarının bu konuya dikkatlerinin çekilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Depresyon, Beck Depresyon Envanteri, 15-49 Yaş Kadın, Birinci Basamak

- Öğr. Gör. Dr. Tülay BAĞCI BOSİ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - tulaybos@gmail.com
- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - fehminaz@yahoo.com
- Dr. Ayşegül DOĞAN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Ayşe ÇOLAK, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Pınar DOĞAN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Prof. Dr. Çağatay GÜLER, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - cguler@hacettepe.edu.tr

## ANKARA'DA BULUNAN BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİNİN İŞLETME VE BİLGİSAYAR MÜHENDİSLİĞİ 1. VE 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL ETKİNLİKLERİN VE RUHSAL BELİRTİLERİN DAĞILIMI

**Ö. KARADAĞ, B. ÇAKIR, S. TEZCAN**

### Giriş ve Amaç

Gençlik döneminde üniversite hayatı kritik bir önem taşımaktadır. Literatürde, sosyal etkinliklere katılım ve fiziksel aktivitenin ruh sağlığını koruyucu etkisi olduğuna dair bilgiler mevcuttur. Bu araştırmanın amacı, bir üniversitenin öğrencilerinde bazı sosyo-demografik özelliklerin, sosyal etkinliklere katılımın ve ruhsal belirtilerin dağılımı arasındaki olası ilişkileri değerlendirmektir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini, 2007-2008 Eğitim-Öğretim yılında Ankara'da bulunan bir vakıf üniversitesinin işletme ve bilgisayar mühendisliği bölümlerinin 1. ve 4. sınıflarında okumakta olan öğrenciler oluşturmaktadır (n=354). Örneklem seçimine gidilmemiş, ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin tamamı (n=202) araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın veri kaynaklarını; öğrencilerin sosyo-demografik bilgileri ve sosyal etkinliklerine yönelik 24 sorudan oluşan anket formu ve SCL-90-R Belirti Tarama Ölçeği oluşturmuştur. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın verileri, 2007 yılı Aralık ayında, üniversitenin belirtilen bölümlerinde, sınıf ortamında, gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Veri analizinde sayı ve yüzde dağılımları incelenmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare ve t önemlilik testleri kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık değerlendirmelerinde alfa değeri 0,05 alınmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $21,2 \pm 1,8$  yıl olup, %54,0'ü erkektir. İşletme bölümü öğrencilerinin %33,7'si, bilgisayar mühendisliği öğrencilerinin %51,0'i bir öğrenci kulübüne üyedir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,01). Üniversitede sunulan sosyal etkinlikler ile ilgili düşüncelerini belirten öğrencilerin % 90,9'u sosyal etkinliklerin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin Belirti Tarama Ölçeği'ne ait GSI ortalaması  $0,86 \pm 0,61$ , PST ortalaması  $38,93 \pm 22,02$  ve PSDI ortalaması  $1,84 \pm 0,60$  puandır. Spor ile uğraşan öğrencilerde GSI puanının kesim noktası olan  $\geq 1$  olma durumu %25,8 iken, spor ile uğraşmayan öğrencilerde %43,2 olup, fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,01). Haftada 2 saatten fazla spor yapanların ölçek puanı ortalamaları, 2 saatten az spor yapanlardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,03). Müzik ile uğraşan ve uğraşmayanlar ve diğer sanat dalları ile uğraşan ve uğraşmayanlar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0,97 ve p=0,50).

### Sonuç

Özellikle spor olanakları başta olmak üzere üniversitelerde sunulan sosyal olanaklar konusunda detaylı değerlendirmeler yapılmalı ve öğrencilerin ruh sağlıklarını geliştirmek amacıyla spor etkinliklerine daha fazla katılmalarını sağlayacak müdahaleler geliştirilmelidir.

### Anahtar Kelimeler

Üniversite öğrencileri, sosyal etkinlik, spor, SCL-90-R, ruhsal belirti

- Arş. Gör. Dr. ÖZGE KARADAĞ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD - okaradag@hacettepe.edu.tr
- Doç. Dr. BANU ÇAKIR, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD -
- Prof. Dr. SABAHAT TEZCAN, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD -



**BELEDİYE ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE RUHSAL DURUMLARI****P. ÇELİK, N. ÖZCAN, M. A. ÖZEK, A. YILMAZ, S. ÜNER****Giriş ve Amaç**

Bu çalışmanın amacı Ankara merkezde yer alan bir belediyenin çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri, ruhsal durumlarını ve bunların bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya 282 kişi katılmıştır. Veriler bazı katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) ve Genel Sağlık Anketi "12"yi (GSA-12) içeren bir anket formu ile gözlem altında toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi, ki-kare testi ve lojistik regresyon kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan çalışanların yaşları 19-61 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 37.82 ( $\pm 7.64$ ) yıldır. Çalışmaya katılanların %51.8'ini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların %49.6'sı yükseköğretim mezunudur. Bu çalışmada MTÖ'nün alt ölçekleri duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdan alınan puan ortalamaları sırasıyla 14.56( $\pm 7.55$ ), 4.94( $\pm 3.94$ ) ve 12.20( $\pm 5.85$ ); GSA-12'den alınan puan ortalaması 2.40( $\pm 2.95$ ); GSA-12'nin kesim noktası (1-2) üzerinde olma %47.1'dir. Cinsiyet ve öğrenim durumu duygusal tükenmeyi, yaş kişisel başarıyı, belediyedeki çalışma yılı duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve GSA puanını, son 15 günde iş yerinde herhangi bir sorun yaşama durumu duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve GSA puanını etkilemektedir. Bağımlı değişkenler birbirleriyle değerlendirildiğinde ise: duygusal tükenmişlik, GSA'ya göre riskli grupta yer alma ihtimalini 1.13 kat, kişisel başarı ise GSA'ya göre riskli grupta olma ihtimalini 1.05 kat artırmaktadır.

**Sonuç**

Diğer meslek gruplarında yapılmış çalışmalarla karşılaştırıldığında belediye çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve ruhsal belirti görülme sıklığı yüksek bulunmuştur. Tükenmişliğin süregelenliği nedeniyle çalışanlara yönelik bu yöndeki hizmet ve eğitimin önemi büyüktür. Tükenmişlik ile ruhsal belirti görülme sıklığı arasındaki ilişkinin temsil eder örneklerde çalışılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Belediye çalışanları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Genel Sağlık Anketi-12

- Dr. PELİN ÇELİK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Dr. NAGİHAN ÖZCAN, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Dr. MURAT AYKUT ÖZEK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Dr. AHMET YILMAZ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Öğr. Gör. Dr. SARP ÜNER, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

## BİR ASKERİ BİRLİKTE GÖREV YAPAN ASKERLERİN KAZA-YARALANMA GEÇİRME DURUMLARI VE NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

**Hakan İSTANBULLUOĞLU, Cengiz Han AÇIKEL, Hamza ÇAKMAK, Bilal BAKIR**

### Giriş ve Amaç

Türk Silahlı Kuvvetleri'nde (TSK) birliklerimizin görev ve sorumlulukları gereği kaza ve yaralanmalar hemen her çeşidiyle gerçekleşmektedir. Kesitsel olan bu araştırmada, er-erbaşların maruz kaldıkları kaza-yaralanma sıklıklarının ve çeşitli özelliklerinin saptaması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formları, Ankara'da konuşlu bir askeri birliğe, Kasım-Aralık 2007 döneminde görev yapmakta olan, 2172 er-erbaşa uygulanmıştır. Araştırma için örnek seçimi yapılmamış, birliğteki tüm erbaş ve erlere ulaşılmaya çalışılmış, o dönemdeki askerlerin %77.5 ulaşılmıştır. Belirlenen tarihlerde izinde, hastanede, istirahatte, nöbette veya görevde olanlar katılamamıştır. Anket uygulanması için gelenlerden katılmayı reddeden olmamıştır. Katılım bütün bölükler için benzer düzeydedir.

### Bulgular

Katılımcıların ortalama 11 haftadır askerlik görevine devam ettikleri bulunmuştur. 577 kişi (%26.6) bu süre içinde kaza-yaralanma geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Askerlerin kaza-yaralanma geçirdikleri yerler araştırıldığında; % 47.7'sinin eğitim alanında, %15.7'sinin spor sahalarında, %14.5'inin de içtima alanında meydana geldiği anlaşılmıştır. Askerler kaza-yaralanma çeşidi olarak 238 (%40.8) kişiyle en çok ayak burkulması geçirmişlerdir. Kaza-yaralanma çeşidi olarak spor yaralanmaları bu grupta 133 (%22.8) kişide görülmüştür Diğer yaralanmalar bu grubun %21.8'ini oluşturmaktadır ve bu oranın yaklaşık yarısı olan 50 (%8.6) kişi, ayaklarını bot vurduğunu ifade etmişlerdir. Yaralanmaların vücut bölgesine göre dağılımları değerlendirildiğinde, 390 (%60,1) kişinin kol-bacak bölgesinde kaza-yaralanma geçirdiği saptanmıştır. Eğitimli olmakla kaza-yaralanma geçirmek arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p=0.006). Fiziksel bir bozukluğu olanlarda kaza geçirme sıklığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (p=0.002). Katılımcılarda eğitim düzeyi arttıkça kaza geçirme sıklığı azalmış aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (p=0,006).

### Sonuç

Sonuç olarak; çalışmamızın askeri birliklerin en büyük işgücü kaybı nedenlerinden olan kaza-yaralanma sıklıkları konusunda fikir verdiği değerlendirilmektedir. Konunun hassasiyetle ele alındığı takdirde önlenebilir mortalite ve morbidite nedenlerinden olan kaza-yaralanma sıklığının azaltılabileceği, direkt ve dolaylı kayıpların önüne geçilebileceği saptanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Kaza, yaralanma, askeri birlik.

◦ Arş. Gör. Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA - istanbulluogluhakan@gmail.com

◦ Doç. Dr. Cengiz Han AÇIKEL, GATA - chacikel@gmail.com

◦ Arş. Gör. Dr. Hamza ÇAKMAK, GATA - hamzackmk@hotmail.com

◦ Doç. Dr. Bilal BAKIR, GATA - bakirbilal@hotmail.com

## DENİZLİ İLİNDEKİ DOĞURGAN ÇAĞ EVLİ KADINLARDA ALGILANAN SAĞLIK DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**M. ZENCİR, A. ÖZŞAHİN, B. ÇATAK, B. GÖKÇE YILMAZ, N. MEYDAN ACIMIŞ, E. ALKIŞ, E. TURHAN, M. BOSTANCI**

### Giriş ve Amaç

Algılanan sağlık özellikle sağlıkta eşitsizliklerin ortaya konulmasında kullanılan subjektif bir sağlık göstergesidir. Ölümler, hastalık gibi objektif sağlık göstergeleri ile yakından ilişkili olduğu için sağlık durumunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bu çalışma, Denizli ilindeki doğurgan çağ evli kadınların algılanan sağlık durumunu saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tipi kesitseldir. Denizli Nüfus ve Sağlık Araştırması (2004) kapsamında yürütülen çalışmanın verileri kullanılmıştır. Araştırmanın evreni olarak tüm il alınmıştır. Örneklem büyüklüğü olarak 2100 haneye ve her hanede en az bir evli kadına ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem yöntemi olarak çok aşamalı tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabakalama işlemi il merkezi (bağlı belde ve köyler) ve ilçeler (bağlı belde ve köyler) olarak yapılmıştır. Çalışmada 1917 evli kadına (%91.3) ulaşılmıştır. Algılanan sağlık, beşli likert tipi (çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü) tek soru ile test edilmiştir. Etkileyen değişkenler için yapılan analizlerde çok iyi ve iyi: "iyi"; orta-kötü-çok kötü: "kötü" olarak sınıflandırılmıştır. İstatistiksel analiz olarak ki-kare testleri kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan 1917 kadının 1908'i (%99.1) algılanan sağlık sorusuna yanıt vermiştir. Kadınların yaş ortalaması 31.87±7.71'dir: %58.8'i kentsel bölgede yaşamakta ve %75.1'i ilkököl ve altında öğrenime sahiptir.

Kadınların %2.4'ü son on beş gün içinde sağlık durumunu çok iyi, %54.3'ü iyi, %32.7'si orta, %9.4 kötü, %1.1'i çok kötü olarak algıladığını belirtmiştir.

Kadınların öğrenim düzeyleri arttıkça sağlıklarını iyi algılamaları artmaktadır (p<0.001). Okur yazar olmayanlarda algılanan sağlık durumunu "iyi" olarak belirtenler %45.8 iken, yüksek okul mezunlarında %69.0'a yükselmektedir. Aynı durum çalışma statüsüne göre de gözlenmektedir (p<0.027). Algılanan sağlıklarını iyi olarak belirtenler beyaz yakalı ve yüksek nitelikli ücretli grupta %84.1, esnaflarda %70.0 iken, ev eksenli çalışanlarda %50.9, mavi yakalı ve niteliksiz hizmet işçilerinde %55.1, ücretsiz aile işçilerinde %55.8 ve çalışmayan kadınlarda (ev hanımlarında) %57.4'dür. Kadınların yaşları arttıkça algılanan sağlık durumunu iyi olarak belirtenler azalmaktadır (p<0.001). Algılanan sağlıklarını iyi olarak belirtenler 15-19 yaş grubunda %69.9, 45-49 yaş grubunda %45.6'dır. Evinde bağımlı yaşlısı (65 yaş ve üzeri) olan kadınlarda algılanan sağlığı iyi olarak belirtenler (%47.5), bağımlı olmayanlara göre (%57.4) daha düşüktür (p=0.034). Aile tipi, yerleşim yeri algılanan sağlığı etkilememektedir.

### Sonuç

Denizli ilindeki doğurgan çağ evli kadınlarda algılanan sağlık durumunu kötü olarak belirtenler oldukça yüksektir. Öğrenim düzeyi ve çalışma statüsü düşük olanlar ile evinde bağımlı yaşlısı olanlar sağlıklarını daha kötü algılamaktadırlar. Bu çalışma, sosyo-ekonomik eşitsizliklere yapılacak müdahalelerin kişilerin sağlık algısına da olumlu etkisinin olacağını ortaya koymuştur.

### Anahtar Kelimeler

Algılanan sağlık, çalışma statüsü, eğitim durumu, yaşlı, eşitsizlik, doğurgan çağ kadınlar

## DENİZLİ İLİNDEKİ DOğURGAN Ağ EVLİ KADINLARDA GENEL RUHSAL SAğLIK DURUMUNUN DEğERLENDİRİLMESİ

A. ÖZŞAHİN, M. ZENCİR, B. GÖKÇE YILMAZ, B. ÇATAK, N. MEYDAN ACIMIŞ, E. ALKIŞ, E. TURHAN, M. BOSTANCI

### Giriş ve Amaç

Denizli ilindeki doğurrgan ağ evli kadınlarda genel ruhsal belirtilerin yaygınlığını saptamak.tır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tipi kesitseldir. Denizli Nüfus ve Sağlık Araştırması (2004) kapsamında yürütölen çalışmanın verileri kullanılmıştır. Araştırmanın evreni olarak tüm il alınmıştır. Örneklem büyüklüğü olarak 2100 haneye ve her hanede en az bir evli kadına ulaşılması hedeflenmiştir. Örnekleme yöntemi olarak çok aşamalı tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabakalama işlemi il merkezi (bağlı belde ve köyler) ve ilçeler (bağlı belde ve köyler) olarak yapılmıştır. Çalışmada 1917 evli kadına (%91.3) ulaşılmıştır.

Ruh sağlığı sorunlarını belirlemek için ölkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) (kısa form) kullanıldı. Dörtlü likert tipi 12 maddeden oluşmaktadır. GSA-12'nin her maddesi 0-3 puan alıyordu ve 0-1'ler 0 puan; 2-3'ler 1 puan olarak toplam puan hesaplanıyordu. GSA-12'ye göre toplam 2 ve üzeri puan alanlar "ruhsal bozukluk belirtisi olanlar" olarak kabul edilerek analizler yapılmıştır. İstatistiksel analizler olarak ki-kare testleri kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan 1917 kadının 1981'i (%98.5) ölçeğin sorularını eksiksiz olarak tamamlamıştır. Kadınların yaş ortalaması 31.86+/-7.69; ilkokul ve altında öğrenime sahip olanlar %74.6, kentsel bölgede yaşayanlar %59.3 oranındadır.

Kadınların ruhsal belirti ortalamaları 1.96+/-2.73 olarak bulunmuşdur. Hiç belirtisi olmayanların oranı %43.6, bir belirtisi olanlar %18.6, iki belirtisi olanlar %10.5, üç belirtisi olanlar %7.6, dört ve üzeri belirtisi olanlar %20.3'dür. 2 ve üzeri belirtiyeye sahip olanlar (%38.4), "ruhsal bozukluk belirtisi olanlar" olarak kabul edilmişdir.

Ruhsal bozukluk belirtilerinin görölme sıklığı incelediğinde; ilk üç sırada "kendine güvenini kaybetmek" (%26.8), "keyifsizlik ve durgunluk" (%22.0) ve "karar vermekte güçlük" (%19.3) belirtileri yer almaktadır.

Yerleşim yeri, eşinin sosyal güvence durumu ve medeni durum ile ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kırsal bölgede yaşayan kadınlarda (%41.1), kentsel bölgede yaşayanlara (%36.5) göre ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olma daha yüksektir (p=0.041). Eşinin sosyal güvencesi olmayan kadınlarda (%46.5), sosyal güvencesi olanlara göre (53.4) ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olma daha yüksektir (p<0.001). Eşinden ayrı yaşayan (%77.8), boşanmış ve dul (%60.0) kadınlarda, evli kadınlara göre (% 37.8) ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olma daha yüksektir (p=0.007).

Kadınların öğrenim durumları, çalışma statüleri, yaşları, aile tipleri ile ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

### Sonuç

Denizli ilindeki doğurrgan ağ evli kadınlarda ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olma oranı yüksek bulunmuştur. Kırsal bölgede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda ve ayrı-dul-boşanmış kadınlarda ruhsal bozukluk belirtilerine sahip olma oranı daha fazladır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınların ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

### Anahtar Kelimeler

Doğurrgan ağ kadın, ruhsal bozukluk, GSA 12, ruh sağlığı

**DÜZCE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SINIFLARA GÖRE DEPRESYON BELİRTİLERİ****A. S. MAYDA, C. G. GERCEK, C. GÜNEŞ, A. HÜSEYİNOĞLU, M. B. GÜLER, A. YILDIRIM****Giriş ve Amaç**

Pek çok araştırmada tıp öğrencilerinde ruhsal rahatsızlıkların yüksek oranlarda gözlemlendiği saptanmıştır. Bazı çalışmalarda bu rahatsızlıkların öğretimin ileri yıllarında ortaya çıktığı ileri sürülürken, diğerlerinde özellikle birinci sınıf öğrencilerinin nörotik belirtilere sahip oldukları saptanmıştır. Bu kesitsel çalışmada amaç; Düzce Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon bulguları ile depresyonu tetikleyen nedenlerin sınıflar arası farklarının belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın bölgesi, Düzce Üniversitesi Beçiyörükler ve Konuralp yerleşkeleriydi. Araştırmanın evreni Düzce üniversitesi Tıp Fakültesindeki 2006-2007 öğrenim yılında okuyan 265 öğrenciydi. Ayrıca örneklem seçilmedi. Araştırmada veri, ulaşılabilen 202 (% 76.22) öğrenciye 2007 yılı haziran ayında dört intörn tarafından öğrencilere açıklamalar yapıldıktan sonra anketler dağıtılarak gözlem altında uygulanmasıyla toplandı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, sınıf, sınıfta kalma durumu, tıp fakültesinde isteyerek okuma, uzmanlık düşünme, doğum yeri, ailesinin yaşadığı yer, kaldığı yer, yalnız kalma, maddi durum, son bir yıl içinde ailede bir kayıp olması; bağımlı değişkeni ise Beck depresyon ölçeği puanıydı.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlarının 17- 28 arasında değişmekte ve ortalama yaşlarının  $21.3 \pm 2.1$  olduğu belirlendi. Öğrencilerin 112 (% 55.44)'sinin kız, 90 (% 44.56)'nın erkek olduğu belirlendi. Öğrencilerden 175 (% 86.63)'inin aile gelirinin orta düzeyde olduğu belirlendi.

Yaş ile Beck depresyon puanı arasında anlamlı korelasyon tespit edildi ( $r=-0.14$ ,  $p=0.048$ ).

Üniversitede kötü davranışa maruz kalma incelendiğinde ilk üç sırada: kötü davranış gördüğünü belirtenlerden 88(% 52.07)'inin azarlanmaya, 36 (% 21.30)'sının hakarete, 20(% 11.83)'sinin sözle tehdite maruz kaldığı tespit edildi. Kötü davranış görme ile Beck depresyon ölçeği puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir korelasyon belirlendi(Spearman  $s=0.20$ ,  $p<0.05$ ).

**Sonuç**

Kötü davranış gören öğrencilerde daha fazla depresyon belirtisi izlenmektedir. Bu nedenle; gördükleri kötü davranış nedenleri belirlenmeli, ilgili alanda uygun yaklaşımın oluşturulması için öfke kontrolü eğitimleri verilmelidir

**Anahtar Kelimeler**

Depresyon, Düzce Tıp Fakültesi, öğrenci

- Yrd.Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA, DÜZCE Ü. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD
- Dr. Ç. Gökçe GERÇEK, DÜZCE Ü. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD - cgggercek@yahoo.com
- Dr. Cemalettin GÜNEŞ, DÜZCE Ü. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD
- Dr. Aydın HÜSEYİNOĞLU, DÜZCE Ü. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD
- Dr. M. Berfu GÜLER, DÜZCE Ü. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD
- Dr. Ahmet YILDIRIM, DÜZCE Ü. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD

**DÜZCE VE KOCAELİ HUZUREVLERİNDE DEMANS VE DEPRESYON TARAMASI**

**N. YEŞİLDAL, S. Ç. DAĞLI, F. ÖZER, E. ÖZTÜRK, A. PİRİNÇİOĞLU, H. SAĞLAM, G. ŞAHBAZ, Z. TEPEDELEN, E. YIKAR, A. ÖZÇETİN**

**Giriş ve Amaç**

Bu kesitsel araştırmada Düzce ve Kocaeli Huzurevlerinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon taraması yaparak ön tanı alanlarının sıklığını ve ilgili risk faktörlerini araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Düzce-Akçakoca ve Kocaeli Huzurevleri'nde kalan ve ileri derecede işitme ve/veya görme kaybı, zihinsel özürü olmayan 103 kişi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma katılmayı kabul eden 82 yaşlı üzerinde Ağustos 2007'de yapılmıştır. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle 37 soruluk anket, geriatrik depresyon ölçeği(GDÖ), mini mental test(MMT), saat çizme testi, uygulanmıştır. Analiz SPSS 15.0 ile yapılmış, sayısal veriler için Mann-Whitney-U, niteliksel veriler için ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Katılımcıların %52.4'ü kadın, %47.5'i erkektir. Yaş ortalaması kadınlarda 77±8.92, erkeklerde 74± 7.07(SS)'dir. Uygulanan GDÖ'de 14 puan ve üzeri depresyon için, MMT'de 23 puan ve altı, saat tamamlama testinde 4 puan ve üstü demans için anlamlı kabul edilmiştir. Bu puanlar klinisyen tarafından değerlendirilmedikçe ön tanı niteliğindedir. Katılımcıların %34.1'inin GDÖ puanı 14 ve üzeri, %53.6'sının MMT puanı 23 ve altıdır. % 48.7'sinin saat çizme testi puanı 4 ve üzerindedir. GDÖ'yle depresyon risk faktörlerinden cinsiyet, fizik aktivite, eğitim durumu, medeni durum, kurumda kalış süresi, ziyaretçi sıklığı karşılaştırıldığında anlamlılık bulunamamıştır(p>0.05). MMT puanıyla demans risk faktörleri karşılaştırıldığında; kadınların %68.2'sinin, erkeklerin %31.8'sinin, fizik aktivite yapanların %27.3'ünün, yapmayanların %45.5'inin, sosyal etkinliğe katılanların %47.7'sinin, katılmayanların %52.3'ünün MMT puanı 23 ve altıdır ve aradaki fark anlamlıdır(sırasıyla p<0.0001, p<0.0001, p=0.03). Saat tamamlama testiyle demans risk faktörleri karşılaştırıldığında; kadınların %60.0'ının, erkeklerin %63.3'ünün, fizik aktivite yapanların %58.8'inin, yapmayanların %61.7'sinin, sosyal etkinliğe katılanların %55.0'ının, katılmayanların %66.7'sinin saat çizme testi puanı 4 ve üzerindedir ve arada anlamlı bir fark bulunamamıştır(p>0.05).

**Sonuç**

Katılımcıların %34.1'i depresyon, %53.6'sı demans ön tanısı almıştır. Kadın cinsiyetten olma, fizik aktivite yapmama ve sosyal etkinliğe katılmama demans için riski faktörü olarak saptanmıştır. Demanstan koruyucu değiştirilebilir risk faktörü olarak yaşlıların fizik aktivite ve sosyal etkinliğe katılmalarını artırılması önerilir. Huzurevi doktoru kayıt sırasında her yaşlı için ve her yıl düzenli olarak MMT ve GDÖ testlerini uygulamalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Depresyon, demans, geriatri, huzurevi, koruyucu ruh sağlığı.

- Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL, Düzce Ü. Tıp Fak. - nryyesildal@hotmail.cm
- Arş. Gör. Dr. Sinemis ÇETİN DAĞLI, Düzce Ü. Tıp Fak. - sinemis.cetin@mynet.com
- Fatih ÖZER, Düzce Ü. Tıp Fak.
- Esin ÖZTÜRK, Düzce Ü. Tıp Fak.
- Arzu PİRİNÇİOĞLU, Düzce Ü. Tıp Fak.
- Adnan ÖZÇETİN, Düzce Ü. Tıp Fak.

## GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDE SOSYAL DESTEK

**Gülengül MERMER, Ayşegül BİLGE, Ummuhan YÜCEL, Esin ÇEBER, Gökçe ASLAN**

### Giriş ve Amaç

Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanır. Bu çerçevede bireyin ailesi, arkadaşları, özel arkadaşı ile içinde yaşadığı toplum kişinin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Yaşamda sosyal destek gereksinimini artıran birçok neden vardır. Gebelik ve postpartum dönem bunlardan bazılarıdır. Sosyal destek yetersizliğinin gebelikte ve postpartum dönemde ruhsal sağlığı bozarak annenin yaşam tarzını, yeme alışkanlığını etkilediği, madde kullanımında artışa neden olduğu, böylece anne ve bebeğin sağlığının etkilendiği bildirilmektedir. Bu nedenle gebelik ve postpartum dönemde kadının sosyal destek algısının belirlenmesi önemlidir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma İzmir ili Bornova ilçesinde bulunan gebelerin, gebelikte ve postpartum dönemde sosyal destek düzeylerini incelemek amacıyla, tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Araştırmaya Bornova ilçesindeki tüm sağlık ocaklarına (18 sağlık ocağı) Nisan-Ağustos 2005 tarihleri arasında kayıtlı 32-36 haftalık gebelerin hepsi dahil edilmiş (327 gebe), örnekleme gidilmemiştir. Doğum öncesi ve postpartum dönemde ise 273 gebe (%83.5) ile görüşülebilmektedir. Araştırmada veri toplama formu olarak kadınlara ait sosyo-demografik veri formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır. MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç alt ölçeği içerir. Bu alt ölçekler: aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve bütün alt ölçek puanlarının toplamı ölçeğin toplam puanını vermektedir. Alt ölçeklerden alınacak en düşük puan dört, en yüksek puan 28, ölçek toplamından en düşük puan 12, en yüksek 84'dür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırma bulgularına göre: gebelik döneminde algılanan sosyal destek puanı  $X=66.70\pm 15.54$  iken, postpartum dönemde  $X=46.95\pm 9.13$  olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $t=28.412$ ,  $P=0.000$ ). Kadınların sosyal destek toplam puan ortalaması ile aile tipleri arasında gebelik ve postpartum dönemde anlamlı bir fark saptanırken, çalışma durumu, bebek bakımında kimden destek alacağı, kendi ruh ve beden sağlığı algısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

### Sonuç

Sonuç olarak: kadınların postpartum dönemde sosyal desteğe gebelik dönemine göre daha fazla gereksinim duyduğu saptanmış olup, bu dönemde daha çok ihmal edildiklerini düşündükleri söylenebilir. Anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için sosyal desteğin verilmesi önemlidir.

### Anahtar Kelimeler

Gebelik, Postpartum, Sosyal Destek

- Öğr. Gör. Gülengül MERMER, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu - gulengul.s.mermec@ege.edu.tr
- Öğr. Gör. Dr. Ayşegül BİLGE, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu - aysegul.bilge@ege.edu.tr
- Arş. Gör. Ummuhan YÜCEL, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu - ummahan.yucel@ege.edu.tr
- Doç. Dr. Esin ÇEBER, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu - esin.ceber@ege.edu.tr
- Arş. Gör. Gökçe ASLAN, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gokceaslan@gmail.com

## ISPARTA SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ' NDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

E. ZENGİN, A. N. KIŞIOĞLU, M. ÖZTÜRK, E. USKUN, Y. SÖNMEZ

### Giriş ve Amaç

Sağlık alanında çalışanlarda; yoğun iş yükü, günlük ortalama çalışma saatlerinin fazla olması, alınan ücretlerin yetersiz bulunması, ağır ve ölümcül hastalara hizmet verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Bu çalışma, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde çalışan araştırma görevlilerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Nisan 2008' de yapılan kesitsel-analitik tipte olan çalışmanın evrenini, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi temel, dahili ve cerrahi bilimlerdeki toplam 259 araştırma görevlisi oluşturdu. Hekimlere, toplam 14 kapalı ve açık uçlu sorularla birlikte, Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmış, 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, anket formu halinde gözlem altında uygulandı. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı bölümleridir. Maddeler beş dereceli likert tipi cevaplanan sorulardan oluşmaktadır. Puanlama ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı yapılmaktadır. Toplanan veriler SPSS 9.05 paket programında, tanımlayıcı istatistik, bağımsız iki grup t testi, ve Pearson korelasyon testi ile analiz edildi.

### Bulgular

Araştırmada, 223 kişiye ulaşıldı (%86.1). Araştırma görevlilerinin yaş ortalaması  $29.9 \pm 3.3$ , %61.0' ı erkek, %48.4' ü evliydi. Hekimlerin %92.4' ü aldıkları ücreti yeterli bulmuyorlardı. %64.1' i mesleğini kendi isteğiyle, %27.4' ü yakınlarının etkisiyle, %8.5' i rastlantısal olarak seçtiğini belirtmiştir. Duygusal tükenme puan ortalamaları;  $14.9 \pm 5.6$  duyarsızlaşma puan ortalamaları;  $6.7 \pm 3.4$ , kişisel başarı eksikliği puan ortalamaları;  $16.1 \pm 3.8$  olarak tespit edildi. Duygusal tükenme puan ortalaması en yüksek bölüm; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, duyarsızlaşma puan ortalaması en yüksek bölüm; Adli Tıp, kişisel başarı eksikliği puan ortalaması en düşük bölüm ise; Fizyoloji olarak saptandı. Erkek ve kadınların tüm alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel fark saptanmadı (pduygusaltükenme: 0.68, pduyarsızlaşma: 0.44, kişiselbaşarı: 0.39). Asistanlarda; aldıkları ücreti yeterli bulmayan hekimlerde duyarsızlaşma puan ortalaması, yeterli görenlere göre yüksek bulundu. Bu oran istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (p: 0.02). Araştırma görevlilerinin yaşları arttıkça, kişisel başarı eksikliği puanları da artmaktaydı. Arada ki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (r: 0.24 ; p: 0.00). Hekimlerin günlük ortalama çalışma saatleri arttıkça, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları da artmaktaydı. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (r: 0.44 ; pduygusaltükenme: 0.00, r: 0.40 ; pduyarsızlaşma: 0.00).

### Sonuç

Araştırma görevlilerinin günlük çalışma saatlerinin artmasıyla tükenmişlik düzeylerinin de artış göstermesi, tamamına yakınının aldıkları ücreti yeterli bulmaması; araştırma görevlilerine yönelik çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve performansla göre maaşlarının iyileştirilmesi konusunda çalışmaların gerekliliğini göstermektedir.

### Anahtar Kelimeler

Araştırma görevlisi, tükenmişlik.

- Arş. Gör. Dr. Erman ZENGİN, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ezengin@med.sdu.edu.tr
- Doç. Dr. Ahmet Nesimi KIŞIOĞLU, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - anesimi@med.sdu.edu.tr
- Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - muozturk@med.sdu.edu.tr
- Doç. Dr. Ersin USKUN, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ersin@med.sdu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ, Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - yoncasonmez@yahoo.com



## İKİ AYRI FABRİKA ÇALIŞANLARINDA RUHSAL BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**B. TOKUÇ, Y. TURUNÇ, G. EKUKLU**

### Giriş ve Amaç

Çalışma hayatta stres ve neden olduğu sorunlar, beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek gereksiz işgücü kayıplarına yol açabilmektedir. Bu çalışmada amaç; çalışanların kendisinde var olduğunu algıladığı psikiyatrik belirtilerden duyduğu sıkıntıyı belirlemek ve çalışanların kendilerinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını saptamaktır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma Mayıs-2007'de bir plastik ve hazır giyim fabrikasında yürütülmüştür. Örnekleme seçimi yapılmamış, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı günlerde fabrikada olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket bilgilerini eksiksiz ve doğru olarak yanıtlayan, Plastik fabrikasından 74 işçi (% 67.2) ve hazır giyim fabrikasından 128 işçi (% 62.4) araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında 2 bölüm ve 73 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunda, birinci bölüm: araştırmacılar tarafından hazırlanan ve katılımcının sosyo-demografik ve işi ile ilgili özelliklerini sorgulayan 20 soruluk bir bilgi formundan, ikinci bölüm çalışanların kendilerinde algıladıkları psikiyatrik belirtileri saptamada kullanılan; Kısa Semptom Envanterinden oluşmaktadır. Kısa Semptom Envanteri; Derogatis tarafından geliştirilen, Belirti Tarama Listesi (SCL-90R)'nin kısa formudur. Bireyin altında bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini, buna bağlı oluşabilecek psikiyatrik belirtileri ölçen psikiyatrik tarama aracıdır. Ölçek genel ortalama puanı olan Genel Belirti Düzeyi (GBD) puanındaki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder. Pozitif Belirti Toplamı puanı ise bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. Ölçeğin ayrıca 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır. Bunlar; Somatizasyon, obsesif kompulsif davranış, kişilerarası duyarlık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm'dir. Mayıs-2007'de her iki fabrikaya değişik vardiya zamanlarını kapsayan ikişer ziyaret yapılmış ve anketler gruplar halinde yemekhaneye toplanan işçilere gözlem altında uygulanmıştır. Her uygulama sırasında araştırmacı işçilerin başında bulunmuştur.

### Bulgular

Çalışmaya katılan toplam 202 işçinin bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının düzeyini gösteren ortalama genel belirti düzeyi (GBD) puanı  $1.12 \pm 0.5$  (0.06 - 2.53) ve bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösteren pozitif belirti toplamı (PBT) ortalaması ise  $31.91 \pm 10.8$  (3.0 - 52.0)'dir. GBD ve PBT puanları ve Kısa Semptom Envanteri alt ölçeklerinin puanları plastik ve hazır giyim fabrikası çalışanlarında farklılaşmamaktadır. GBD ve PBT puanları ile alt ölçeklerden obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, psikotizm alt ölçek puanları kadınlarda, erkeklerden istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bekârların depresyon, anksiyete bozukluğu ve hostilite alt ölçek puanları ile GDB ve PBT puanları, evlilerden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. GBD ve PBT puanları çalışma süresine ve öğrenim düzeyine göre de farklılık göstermemektedir. Katılımcılar, sağlığını iyi ve çok iyi algılayanlar ve orta ve daha kötü algılayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Sağlığını orta ve daha kötü olarak algılayanlarda psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntı ve psikiyatrik belirtilerin çeşitliliği, sağlığını iyi olarak algılayanlardan daha fazladır (sırasıyla GBD 0.99, 1.24  $p=0.001$  ve PBT 28.8, 34.9  $p=0.000$ ). Sağlığını orta ve kötü olarak algılayanların hostilite ve paranoid düşünce alt ölçekleri dışında tüm alt ölçek puanları sağlığını iyi olarak algılayanlardan yüksek bulunmuştur.

### Sonuç

Bulgular, işçilerde ruhsal sorunların hiç de az olmadığını, çalışan kadınların, bekar işçilerin ve bedensel sağlığını daha kötü olarak algılayanların ruhsal sorunlara daha yatkın olduğunu göstermektedir. Ruhsal sağlığın korunması açısından işyerlerinde stresi azaltmak için yapılacak kimi uygulamalar ve çalışanların ruhsal sağlığının da periyodik olarak izlenmesi önem taşımaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Fabrika çalışanları, Ruhsal belirtiler, kısa semptom envanteri

- Yrd. Doç. Dr. Burcu TOKUÇ, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - burcutok@yahoo.com
- Yaser TURUNÇ, Meriç Toplum Sağlığı Merkezi

**KIRIKKALE İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAğLIK HİZMETLERİNDE PRATİSYEN HEKİMLERİN TANI KOYMA ORANI VE BUNU ETKİLEYEN HASTA ÖZELLİKLERİ****Z. Avtül ÇAKMAK, Cumhuriyet BORATAV, Meral SAYGUN, Nuriye ULU****Giriş ve Amaç**

Kırıkkale İli Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli pratisyen hekimlerin depresyon tanısını doğru koyma oranını ve bunu etkileyen hastalara ilişkin özellikler ortaya koymak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma Eylül 2004 - Şubat 2005 tarihleri arasında Kırıkkale İli onbir merkez sağlık ocaklarının hepsine ulaşılarak yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Her sağlık ocağından bir pratisyen hekim ve 18 yaş üstü 220 hasta çalışmaya katılmıştır. Araştırmaya katılan hekim tarafından hasta formu doldurulmuştur. Hasta bu formla beraber sağlık ocağında bulunan halk sağlığı yada psikiyatri araştırma görevlisi olan araştırmacılardan birine gönderilmiştir. Hastaya araştırmacı tarafından hasta demografik bilgi formu, yeti yitimi ve bordepta ( Boratav Depresyon Tarama Ölçeği) ölçekleri, DSM-IV tanı formu uygulanmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılanların 148'i (%67.3) kadın, 72'si (%32.7) erkekti, yaş ortalaması 44,3 tı (min:18, maks: 77). Hasta başvurularının 188'i (%85.5) bedensel, 10'u (%4.5) psikolojik, 22'si (%10.0) bedensel ve psikolojikti. Pratisyen hekimin koyduğu tanıya göre 187'si (%85.0) bedensel, 33'ü (%15.1) psikolojikti.

**Sonuç**

Geniş katılımlı epidemiyolojik çalışmalara göre toplumda 20 kişiden en az birinin yaşamının bir döneminde majör depresif epizot geçireceği öngörülmektedir. Bu kadar sık görülen bir rahatsızlığın pratisyen hekimlerce iyi tanınması gerekmektedir. Birinci basamakta hizmet eden hekimlerin bu konuda belli aralıklarla eğitimlerinin yapılması tanı ve tedaviyi arttıracaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetleri, pratisyen hekim

**KONYA İL MERKEZİNDE, POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ****S. ÖZDEMİR, S. ÇİVİ, K. MARAKOĞLU****Giriş ve Amaç**

Postpartum dönemde, annenin bedenen ve ruhen sağlıklı olması, hem annenin hemde bebeğin sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Postpartum depresyon sıklığı, ülkelere, bölgelere ve kullanılan ölçme ve değerlendirme ölçeklerine göre değişebilmektedir. Daha önce Konya’da bu konu ile yapılmış bir çalışmaya ulaşılabilmesi nedeniyle, bu çalışmada Konya ili Meram İlçesindeki iki sağlık ocağında postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyonun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte analitik bir çalışmadır. Bu çalışmada, Konya’nın Karatay, Selçuklu ve Meram ilçeleri arasından rastgele yöntemle Meram ilçesi belirlendi. Meram ilçesindeki toplam 9 sağlık ocağı arasından yine rastgele yöntemle seçilen 24 ve 25 nolu sağlık ocaklarında, postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyonun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla bu çalışma 1 Aralık 2005-31 Ocak 2006 tarihleri arasında yapıldı. Bu zaman aralığında, bu sağlık ocaklarına başvuran postpartum 2-6 aylık dönemde olan 242 anne çalışma evrenini oluşturdu. Çalışmaya alınan annelere araştırma konusu hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş onam formları imzalatıldı. Bu çalışmada gerekli verileri toplanması amacıyla 2 form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan annelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için tarafımızca hazırlanan “anne tanım formu”, ikinci form ise postpartum depresyon riskini belirleyen Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) kullanılmıştır. EPDS kesme puanı 13 ve üstü olarak alındı. EPDS skoruna göre anneler depresyonu olma olasılığı olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrıldı. Tanımlayıcı testler olarak oran, ortalama, standart sapma, minimum değer, maksimum değeri kullanıldı. İki grup arasındaki karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için Ki-kare, sayısal değişkenler için Student-t testi kullanıldı. Önemlilik düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 10.0 versiyonu kullanıldı.

**Bulgular**

Çalışmamız sonucunda EPDS’e göre (13 ve üzerinde puan alanlar) postpartum depresyon sıklığı %19.4 olarak saptandı. EPDS’e göre postpartum depresyon sıklığı, aylık geliri az olanlarda ( $p=0.025$ ), bir önceki gebeliğinden sonra ruhsal sorunu olanlarda ( $p=0.001$ ), doğum öncesi hiç bakım almamış olanlarda ( $p=0.020$ ), doğum öncesi izlem sayısı 4 ve altında olanlarda ( $p=0.045$ ), bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi sonucu eş ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olanlarda ( $p=0.007$ ) ve bu gebeliği süresince tıbbi sorun yaşamış olanlarda ( $p=0.028$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu.

**Sonuç**

Bu çalışmada, doğum sonu depresyon riskini belirleyen EPDS’e göre postpartum depresyon olma olasılığı %19.4 gibi yüksek sıklıkta bulunmuştur. Değiştirilebilir risk faktörleri: doğum öncesi izlem sayıları, eş ve ailesinin bebeğin cinsiyeti konusundaki ön yargı ve saplantılarının eğitim ile değiştirilmesi, doğum öncesi nitelikli bakım olarak belirlenmiştir. Uzak vadedeki düzeltilebilir değişkenler ailelerin aylık gelir düzeyinin iyileştirilmesi olarak saptanmıştır. Daha önceki ruhsal sorunların değiştirilmesi için psikiyatrik gözlem ve tedavi önerilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Postpartum depresyon, risk faktörleri, EPDS ölçeği

- Uzm.Dr. Saniye ÖZDEMİR, Gazi Aile Sağlığı Merkezi, ÇORUM - saniyeozdem@yahoo.com.tr
- Prof. Dr. Selma ÇİVİ, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. KONYA - selmacivi@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. KONYA - kmarakoglu@yahoo.com

## KULAK ÇINLAMASININ UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

**O. GÜNAY, İ. GÜN, D. HOROZ, A. BORLU**

### Giriş ve Amaç

Kulak çınlaması toplumda oldukça sık görülen ve bireyler tarafından önemsenmeyen bir semptomdur. Kulak çınlaması çeşitli sistemik (anemi, hipertansiyon vb) ve lokal (meniere hastalığı, akustik nörinom vb) hastalıklarla birlikte olabileceği gibi, vakaların çoğunluğunda alta yatan bir neden bulunamamaktadır. Kulak çınlamasının uyku ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini gösteren araştırmalar vardır. Bu çalışma yetişkinlerdeki kulak çınlamasının; uyku kalitesi, uykululuk ve yaşam kalitesinin çeşitli alanlarına etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kayseri il merkezindeki 11 sağlık ocağına çeşitli nedenlerle başvuran 18 - 64 yaş grubundaki bireylerden, kulak çınlaması olan 289 ve kulak çınlaması olmayan 289 kişi çalışma kapsamına alındı. Kulak çınlaması olup olmadığı ve kulak çınlaması olanlarda çınlamanın ağırlığı bireylerin ifadelerine göre değerlendirildi. Objektif ve subjektif çınlama vakalarının ayırımı yapılmadı. Kontrol grubundaki erkek ve kadın sayılarının vaka grubu ile aynı olması sağlandı. Her iki gruptaki bireylere sosyodemografik özellikleri ve kulak çınlaması durumu ile ilgili 12 soru içeren bir anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Daha sonra Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve WHOQOL Bref ölçeğinin Türkçe versiyonu (WHOQOL Bref Tr) verildi. Bu ölçeklerin, araştırmacıların gözetiminde doldurulması sağlandı. Ölçekleri uygulamakta zorluk çekenlere araştırmacılar tarafından yardım edildi. Verilerin istatistiksel analizinde; ki kare testi, unpaired t testi, tek yönlü ANOVA ve kovaryans analizi kullanıldı.

### Bulgular

Kulak çınlaması olan grupta, uyku kalitesi ve uykululuk puanları, kulak çınlaması olmayanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Kulak çınlamasının ağırlığı arttıkça, uyku kalitesi ve uykusuzluk puanlarının yükseldiği belirlendi. Kulak çınlaması olanların %75.4'ünde, kulak çınlaması olmayanların %49.8'inde uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirildi. Kulak çınlaması olanların %26.3'ünde, kulak çınlaması olmayanların %16.6'sında uykululuk saptandı. Yaşam kalitesinin, sosyal alan dışındaki bütün alanlarında, kulak çınlaması olanların ortalama puanları, kulak çınlaması olmayanlardan anlamlı ölçüde düşük bulundu.

### Sonuç

Kulak çınlaması uyku kalitesini ve yaşam kalitesinin hemen bütün alanlarını olumsuz yönde etkilemekte, gündüz uykululuk durumunu artırmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Kulak çınlaması, uyku kalitesi, uykululuk, yaşam kalitesi.

- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - gunayos@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - iskender@erciyes.edu.tr
- Dr. Duygu HOROZ, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - dhoroz@erciyes.edu.tr
- Dr. Arda BORLU, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ardab@erciyes.edu.tr

## KUR'AN KURSU ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN ALGISI ve YEME TUTUMU İLİŞKİSİ

**Ö. KORKMAZ, E. BALCI, O. TAŞKIN, E. EŞEL, O. GÜNAY**

### Giriş ve Amaç

Beden algısı, kişinin yeme tutumunu ve beslenme alışkanlıklarını belirleyen önemli faktörlerdendir. Son yıllarda beden algısı bozuklukları ve buna paralel olarak bozulan yeme alışkanlıkları, özellikle adolesan dönemdeki kızlarda ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu çalışmada Kayseri'deki kız Kur'an kursu öğrencilerinde beden algısı ve yeme tutumu ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma Kayseri'deki tamamı kız öğrencilerden oluşan ve dış faktörlerden az etkilendiği düşünülen, 4 büyük yatılı Kur'an kursunda, kız öğrencilerde yapılmıştır. Sosyodemografik ve tanımlayıcı bilgileri sorgulayan, yeme tutum testi ve beden algısı sorularının yer aldığı anket formları, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırmada kurslara kayıtlı tüm öğrencilere (521 kişi) ulaşılması hedeflenmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 458 kişi (ulaşma oranı %87.9) alınmıştır. Veriler bilgisayarda değerlendirilmiş, istatistik analizlerde unpaired t testi, tek yönlü ANOVA testi (post hoc scheffe) ve Pearson kare testleri kullanılmış, p<0.05 anlamlı, yeme tutum testi için kesme noktası 30 puan olarak kabul edilmiştir. Yeme tutum testi puanının yüksek olması olası yeme bozukluğuna işaret etmektedir.

### Bulgular

Grubun yaş ortalaması  $17.6 \pm 2.9$  yıldır. Katılımcıların tamamı yatılıdır. %91.9'unun eğitimi ortaokul ve üzeridir. %39.3'ünün gelir getiren işi yoktur. %88.2'sinin annesinin, %60.3'ünün babasının eğitim düzeyi ilköğretim ve altı düzeydedir. %98.0'i bekar, %3.1'i ailesinin ekonomik durumunu "kötü ve çok kötü" olarak tanımlamıştır. %21.2'si "sık ve çok sık" hastalandıklarını ifade etmişlerdir. %98.0'i düzenli ilaç kullanmadığını, %2.4'ü kronik bir hastalığı olduğunu, %93.2'i düzenli spor ve egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %53.7'si kilosunu "normal" olarak algıladığını ifade etmiştir. %56.3'ü dışardan görünüşü için "normalim" derken, %18.1'i "dış görünüşümden memnun değilim" demiştir.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe yeme tutumu puanı düşmektedir ancak gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. Annesinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda, ekonomik durumunu "çok iyi" ve "çok kötü" olarak tanımlayanlarda, beden algısı sorularında kilosunu ve dış görünüşünü "çok zayıf veya çok şişman" olarak algılayanlarda, dış görünüşü için "hiç memnun değilim" diyenlerde yeme tutumu puanı yüksektir.

### Sonuç

Anne eğitiminin yükselmesi, ekonomik durumun çok iyi veya çok kötü olarak değerlendirilmesi, beden algısından memnun olunmaması, yeme tutumunu artıracak yönde etkilemekte ve olası yeme bozukluklarına işaret etmektedir. Beden algısı yeme tutumunu belirleyen önemli bir etkidir.

### Anahtar Kelimeler

Yeme tutumu, beden algısı, adolesan, yeme tutum testi

- Özlem KORKMAZ, Melikgazi Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Eğitim Şb. - ozlem.korkmaz.71@hotmail.com
- Öğr. Gör. Dr. Elçin BALCI, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ebalci@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Oryal TAŞKIN, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiatri A.D.
- Prof. Dr. Ertuğrul EŞEL, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiatri A.D.
- Prof. Dr. Osman GÜNAY, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

## LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SALDIRGANLIK VE DEPRESYON PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

A. ÖZTÜRK, D. ÜNALAN, D. ÖZTOP, M. MAZICIOĞLU, İ. GÜN, E. BALCI

### Giriş ve Amaç

Okul çağı çocuklarında saldırganlık ve depresyon önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çeşitli psikososyal faktörlerin çocuklarda saldırgan ve depresyonu etkilediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı; lise öğrencilerinde saldırganlık ve depresyon görülme sıklığını ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, Ocak - Şubat 2005 tarihleri arasında Kayseri ilinde yapıldı. Tabakalı rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen 6 Liseden basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen 2217 öğrencinin ailelerine onam formları gönderilerek örnekleme alındı. Veri toplama aracı olarak Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ) ve "Brown-Goodwin Saldirganlığın Hayat Hikâyesini Değerlendirme Anketi" (BG) ile öğrencilerin demografik ve sosyo-kültürel özelliklerini belirlemek için bir anket formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizde, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H, korelasyon ve kıkare analizleri yapıldı. ZDI ve BG'yi etkileyen risk faktörlerini belirlemek için lojistik regresyon analizi uygulandı.

### Bulgular

Öğrencilerin ZDÖ puan ortalamaları  $49.2 \pm 8.6$  idi. ZDÖ puanlarını şiddet değerlendirmesine göre sınıflandırdığımızda; öğrencilerin % 48.5'inin depresif yakınmalarının olmadığı, % 40.6'nın hafif depresif belirtileri olduğu, %9.5'inin orta şiddette depresif yakınmalarının olduğu, %1.3'ünün ise şiddetli depresyonu olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin BG puan ortalaması  $7.8 \pm 1.7$  olup, %82.3'ünün saldırganlık düzeyi düşük, %17.7'sinin ise saldırganlık düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda ZDÖ'nin  $\geq 50$  olma durumunu en önemli açıklayan risk faktörleri: cinsiyet, gelir düzeyi, babanın eğitim düzeyi, üzerinde kesici alet taşıma olduğu tespit edilmiştir. BG'nin  $\geq 8$  olma durumunu en önemli açıklayan risk faktörleri; cinsiyet, annenin eğitim düzeyi, üzerinde kesici alet taşıma, üzerinde silah taşıma, okul idaresi ve polise intikal eden kavga durumu, okul arkadaşlarından kesici alet ve silah taşımadır.

Uygulanan pearson korelasyon analizi sonucunda; yaş ( $r=0.173$ ,  $p<0.001$ ), erkek ( $r=0.060$ ,  $p=0.013$ ) ve kız kardeş ( $r=0.090$ ,  $p<0.001$ ) sayıları ile BG puanı ( $r=0.120$ ,  $p<0.001$ ) ile ZDÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

### Sonuç

Öğrencilerin depresyon ve saldırganlık düzeyi puanları düşük bulunmuştur. Lise eğitimi alan adolesanlarda, cinsiyet, annenin ve babanın eğitim düzeyi, gelir durumu, okul idaresi ve polise intikal eden kavga durumu, okul arkadaşlarından kesici alet ve silah taşıma durumları ZDÖ ve BG puanlarının düşürülmesinde önemli etmenler olduğunu düşünmekteyiz.

### Anahtar Kelimeler

Öğrenci, ergenlik, depresyon, saldırganlık

- Öğr. Gör. Dr. Ahmet Öztürk, Erciyes Üniversitesi - ahmets67@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Demet Ünalın, Erciyes Üniversitesi - dunalan@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Didem Öztıp, Erciyes Üniversitesi - dboztop@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Mümtaz Mazıcıoğlu, Erciyes Üniversitesi - mazici@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. İskender Gün, Erciyes Üniversitesi - iskender@erciyes.edu.tr
- Öğr. Gör. Dr. Elçin Balcı, Erciyes Üniversitesi - ebalci@erciyes.edu.tr

**ÖZÜRLÜ ÇOCUğA SAHİP EBEVEYNLERDE DEPRESİF BELİRTİLER****A. ÖZTÜRK, Z. KÜLLÜ****Giriş ve Amaç**

Özürlü çocuğa sahip aileler, çocuğunun bu durumundan kendisini de sorumlu veya suçlu görmeleri nedeniyle ya da karşılaşılan çeşitli olaylar sonucu birçok psiko-sosyal sorun yaşayabilmektedir. Bu araştırmada, özürlü çocuğa sahip ebeveynlerdeki depresif belirti sıklığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, 2007 yılı içinde, Kayseri’de bulunan Özel Eğitim Kurumlarına devam eden fiziksel ya da zihinsel özürlü 3-9 çocuğun ebeveynlerine (3-5 anne, 329 baba olmak üzere toplam 674 kişi) anket uygulanarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı bir çalışma olan araştırmada biri görüşülen kişilerin demografik özellikleriyle birlikte çocukların bakımıyla ilgili sorular içeren, diğeri ise beck depresyon ölçeğinden oluşan iki anket ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Beck depresyon ölçeğinde 17 puan ve üzeri “orta ve şiddetli depresif belirti” olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya alınan ebeveynlerin yaş ortalaması  $37.0 \pm 9.1$  olup: % 6.5’i herhangi bir okul bitirmemiş, % 65.3’ü ilk ve ortaokul mezunu, % 28.2’si ise lise ve üzeri okul mezunudur. Ekonomik durumlarını % 23.3’ü iyi, % 61.4’ü orta, % 15.3’ü kötü olarak belirtmiştir.

Ebeveynlerde orta ya da şiddetli depresif belirti oranı % 31.8 olarak bulunmuştur. Depresif belirti oranı annelerde (% 39.4), boşanmış olan ya da ayrı yaşayanlarda (% 55.0), ekonomik durumunu kötü olarak ifade edenlerde (% 46.6), çocuğu 7 ve üzeri yaş olanlarda (% 37.6) anlamlı olarak daha yüksektir. Çocuğunun engelli olmasından dolayı kendisini ya da başka birisini suçlu görenlerde depresif belirti oranı % 40.3’e, çocuğunu yetiştirirken yaşadığı duygu.düşünce ve sıkıntılarını hiç kimse ile paylaşmayanlarda ise % 41.3’e yükselmektedir.

**Sonuç**

Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin yaklaşık üçte birinde orta ya da şiddetli depresif belirtiler saptanmıştır. Bu gruplar, depresyon açısından “çok riskli grup” kabul edilerek, ruhsal yönden gerekli desteğin ve danışmanlığın sağlanması yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeier**

Depresyon, özürlü, ebeveyn

• Zahide KÜLLÜ, Alanya Devlet Hastanesi - zcullu@yahoo.com

• Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. - aozturk@erciyes.edu.tr

## TÜRKİYE'DEKİ 15 YAŞINDAKİ ÖĞRENCİLERİN RUH SAĞLIĞI VE PSİKOSOSYAL İYİLİK HALLERİ: ARKADAŞ GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

**E. ERGİNÖZ, M. ALİKAŞİFOĞLU, O. ERCAN, Ö. UYSAL, D. A. KAYMAK, İ. YÜCEL, S. OCAK, B. EKİCİ, G. OKTAY**

### Giriş ve Amaç

Ruh sağlığı ve psikosozal iyilik hali hem pediatri de hem de epidemiyolojik araştırmalarda giderek daha fazla kullanılan bir sağlıklılık ölçütüdür. Popülasyonların sağlığını izlemede ruh sağlığı ve psikosozal iyilik hali ölçütü giderek artan oranlarda kullanılmaktadır. Bu araştırmanın amacı, arkadaş grup özelliklerinin adolesanların ruh sağlıkları ve psikosozal iyilik halleriyle ilişkisini saptamaktır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmaya rastgele örnekleme yöntemiyle saptanan 26 ilden, 95 lisenin 9. veya 10. sınıf öğrencisi 15 yaşının içindeki 1597 kişi katıldı. Araştırmada "Health Behavior in School Age Children (HBSC) 2005/2006" soru formu kullanıldı. Ruh sağlığı ve psikosozal iyilik hali, soru formunun bir parçası olan "KIDSCREEN-10" ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede student t testi, varyans analizi ve Pearson korelasyon testi uygun yerlerde kullanıldı.

### Bulgular

Yakın arkadaş olanlar, yakın arkadaşıyla ilişkisi kaliteli olanlar (güven + iletişim), yakın erkek ve kız arkadaş sayısı 3 ya daha fazla olanlar, arkadaşlarıyla okul sonrası ve akşamları daha çok zaman geçirenler, grup arkadaşları ile yaşıt olanlar, grup arkadaşlarının destekleyici olduğunu düşünenler, grup arkadaşları erişkinler ve diğer ergenler tarafından benimsenenler, aynı grupla uzun süredir arkadaş olanlar, arkadaş grupları daha az riskli ve antisozal davranışlar gösterenler ve sosyal becerisi iyi olanların (kendine güven + empati + kolay arkadaş edinme) KIDSCREEN-10 skorları daha yüksekti (ruh sağlıkları daha iyiydi).

### Sonuç

Ergenlik çağında en az bir akran ile uyumlu, güvene dayalı ve destekleyici bir ilişkinin olması sağlıklı gelişim için gereklidir. Ayrıca arkadaş grupları ergeni duygusal ve moral gelişim açısından destekleyen sosyal bir ortamdır. Bu ortamın özellikleri ergenleri ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Araştırmamızın sonuçları ergenlerin ruh sağlığı ve psikosozal iyilik hali açısından arkadaş gruplarının davranış ve ilişki özelliklerinin önemli rol oynadığını göstermiştir.

### Anahtar Kelimeler

Ergen, Ruh Sağlığı, Kidscreen-10, Arkadaş Özellikleri

- Doç. Dr. Ethem ERGİNÖZ, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI - erginose@istanbul.edu.tr
- Doç. Dr. Müjgan ALİKAŞİFOĞLU, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.- kasif@istanbul.edu.tr
- Prof. Dr. Oya ERCAN, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
- Arş. Gör. Dr. Ömer UYSAL, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. BİYOİSTATİSTİK BİLİM DALI
- Doç. Dr. Deniz A. KAYMAK, BOĞAZİÇİ ÜNİVERSİTESİ EĞTİM FAKÜLTESİ
- Arş. Gör. Dr. Süheyla OCAK, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**DOĞURGAN ÇAĞDAKİ KADINLARDA DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİSİ SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ: KESİTSEL BİR ALAN ÇALIŞMASI, AYDIN****P. OKYAY, G. ATASOYLU, M. ÖNDE, E. BEŞER****Giriş ve Amaç**

Anksiyete ve depresif bozukluklar, neden oldukları yeti yitimi ve sağlık algısındaki bozulma nedeniyle yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu çalışmanın amacı, Aydın İl Merkezindeki doğurgan çağdaki kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtisi sıklığı ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma kesitsel tipte olup, evrenini Aydın İl Merkezi'nde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü, 0.05 hata düzeyinde %50 prevalans tahminine göre 384 olarak belirlenmiş; %20 yedek eklenerek 461 kişiye ulaşılmış hedeflenmiştir. Çalışma grubu, çok aşamalı örnekleme ile seçilmiştir. Anksiyete ve depresyon belirtileri varlığı Genel Sağlık Anketi (GSA-12), yaşam kalitesi ise DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe sürümü (WHOQOL-BREF TR) ile değerlendirilmiştir. Fisher'in kesin testi, ki-kare, Mann Whitney-U, Student's t testleri; Pearson korelasyon analizi ile lojistik regresyon kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

**Bulgular**

Kadınların %26.6'sında (n=119) anksiyete ve depresyon belirtileri saptanmıştır. Genel sağlık puan ortalaması 3.33±0.804; genel yaşam kalitesi puan ortalaması 3.62±0.791; FSA 15.95±2.422; PSA 14.70±2.337; SİA 14.64±3.027; ÇA 14.27±2.20; UÇ 14.29±2.144 olarak bulunmuştur. GSA-12 toplam puanı ile WHOQOL BREF TR'nin ilk iki sorusu arasında negatif yönde, orta düzeyde ve çok anlamlı korelasyon saptanmıştır ( r = -0.36, p=0.0001; r = -0.39, p=0.0001). GSA-12 toplam puanı ile psikolojik sağlık alan skoru arasında olumsuz yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki varken ( r = -0.510, p< 0.001); fiziksel sağlık alan skoru, sosyal ilişkiler alan skoru, çevre alan skoru, kültüre standardize skor arasında olumsuz yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( FSAS için r = -0.494 ve p<0.001, SİAS için r = -0.352 ve p<0.001, ÇAS için r = -0.352 ve p<0.001, KSS için r = -0.378 ve p<0.001).

**Sonuç**

Kadınların ruhsal bozukluk belirtilerinin fark edilmesi konusunda aydınlatılması; risk grupları olarak öne çıkan sosyo-ekonomik düzeyi ile toplumsal statüsü düşük ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların ruhsal problemlerinin erken tanı ve tedavisi öncelikli müdahale alanlarıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, doğurgan çağ kadın

- Doç. Dr. Pınar OKYAY, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD - pinarokyay@adu.edu.tr
- Uzm. Dr. Gonca ATASOYLU, Manisa Sağlık Müdürlüğü - goncaatasoylu@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Mete ÖNDE, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD -
- Prof. Dr. Erdal BEŞER, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD -

**AİLE HEKİMLİĞİNİN BİRİNCİ YILINDA EDİRNE'DE TOPLUMA DAYALI HİZMETLERİN DURUMU, 2008**

**M. ESKİOCAK, H. DEDELER, G. VAROL SARAÇOĞLU, U. BERBEROĞLU, T. ERASLAN, N. GÜNÇIKAN, S. ALKOY, F. YORULMAZ**

**Giriş ve Amaç**

Bu araştırmada, Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl geçiren Edirne'de topluma dayalı hizmetlerin durumunu saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, Şubat 2008'da Edirne ilini temsil edici bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılarca hazırlanan yapılandırılmış anket formları aracılığıyla, bu konuda eğitilmiş tıp, hemşirelik öğrencileri ve hekimler tarafından, örnekleme girenlerin yaşadığı evlerde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü Lot Kalite Tekniğinde Örneklem Büyüklüğü Belirleme Tablosundan  $5 \pm$  doğruluk (accuracy) ve % 95 Güven Aralığı ile 384 olarak belirlenmiş, 50 Lot için her bir lotta 8 kişi olmak üzere, 2 yaş altında 400 çocuk ve annesi ile görüşülmüştür. Görüşülecek anne ve çocukların seçimi, seçilen tüm yerleşim birimlerinde, yazılı bir rehberin yardımıyla tanımlanmış bir yöntemle uygun katılımcıları bulana dek kapı kapı gezerek yapılmıştır. Görüşme anında, Sağlık Bakanlığı'nın uzun yıllardır Birinci Basamakta yürüttüğü topluma dayalı hizmetlerine ilişkin programlardan yola çıkarak hazırlanan sorular sorulmuştur. Dezavantajlı gruplar arasında fark irdelemesi ki-kare analizi ile yapılmıştır.

**Bulgular**

Son gebeliğinde aile sağlığı merkezi aracılığıyla demir desteği alanların oranı %75.1'dir. Bebek beslenmesi konulu eğitim alma toplam, kentte ve kırdaki yaşayanlar için sırasıyla %50.4, %51.5 ve %47.5'tir. FKÜ için kan alınma sıklığı %92.5'tir. Bir yaşından küçük çocuğu olan kadınlar arasında son 6 ay içinde bir aile sağlığı merkezi tarafından bebek izlemi sıklığı %13.2'dir. Evde 6 aydan küçük bebek izlemi etnisiteye göre farklı bulunmuş ( $p=0.03$ ) ve hiçbir roman ailenin evine gidilmediği saptanmıştır. Evinde iyotlu tuz kullanımı konusunda bilgilendirilme %76.3; kullanım sıklığı %76.5'tir. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgilendirilenlerin oranı %76.5'tir. Yaşlı izlemi sıklığı %16.5'tir. Fiziksel-ruhsal engelli izlenme sıklığı %9.8'dir. Ailenin bir aile hekimi tarafından izlendiğini duymayanların sıklığı %47.7'dir.

**Sonuç**

Eldedilen bu sonuçlar ışığında, aile hekimliği uygulamasının 1. yılında topluma yönelik sağlık hizmetlerinde "aile hekimliğinin olası faydalarının" beklendiği gibi olmadığı; bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler**

Topluma dayalı hizmetler, dezavantajlı gruplar, aile hekimliği, lot kalite

- Doç. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK, TRAKYA ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI - muzaffereskiocak@yahoo.co.uk
- Arş. Gör. HASAN DEDELER, TRAKYA ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Yrd. Doç. Dr. GAMZE VAROL SARAÇOĞLU, NAMIK KEMAL ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU, TRAKYA ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Arş. Gör. Dr. NAGİHAN GÜNÇIKAN, TRAKYA ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Arş. Gör. Dr. TEOMAN ERASLAN, TRAKYA ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Yrd. Doç. Dr. SEVAL ALKOY, ABANT İZZET BAYSAL ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI
- Prof. Dr. FARUK YORULMAZ, TRAKYA ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI

**ANKARA MERKEZİNDEKİ BİR BELEDİYENİN BAZI BÖLÜMLERİNDE ÇALIŞANLARIN ENGELLİLERE YÖNELİK TUTUMLARI****Ö. KARADAĞ, N. ÇİLİNGİROĞLU, P. ATACA, N. N. UÇAR, B. B. BULUT****Giriş ve Amaç**

Engelli bireylere yönelik hizmetlerin iyileştirilmesinde belediyelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu çalışmanın amacı, bir belediyenin bazı bölümlerinde çalışanların engelli bireylere yönelik tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, Ankara merkezindeki bir belediyenin bazı bölümlerinde görevli 157 belediye çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri 2008 yılının Haziran ayında, belediye çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini değerlendiren anket formu ve 30 sorudan oluşan Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği'nin (EYTO) uygulanması ile elde edilmiştir. Veriler, SPSS 15.0 istatistik programı ile analiz edilmiş, gruplar arası karşılaştırmalar için t testi ve ANOVA kullanılmıştır.

**Bulgular**

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $36.6 \pm 6.8$  yıl ve %50.3'ü erkektir. Katılımcıların %53.8'i yüksek öğrenim mezunudur ve %72.6'sı evlidir. Katılımcıların %63.7'sinin ekonomik durum algısı orta düzeydir. Katılımcıların %3.2'sinde herhangi bir engellilik durumu varken, %15.3'ünün ailesinde engelli bir birey bulunmaktadır. Katılımcıların arkadaş çevresi ve komşularında engelli birey olma sıklığı sırasıyla %33.8 ve %25.5 olarak saptanmıştır. Katılımcıların kendisi ve çevresinde engelliliğin en sık sebebinin ortopedik sorunlar oluşturmuştur. Katılımcıların %5.1'i herhangi bir zamanda engelli bir bireye bakım vermiştir. Engelli bir bireyle karşılaşma durumunda katılımcılar %33.1 ile en çok acıma duygusu hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılanların engellilere yönelik tutum ölçeği puanlarının ortalaması  $108.97 \pm 15.10$  olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanlarının dağılımı incelendiğinde; cinsiyet, öğrenim durumu ve ekonomik durum algısına göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmazken, dul olanların ve herhangi bir engelli kişiye bakım vermiş olanların engellilere yönelik tutumları, diğer gruplara göre daha olumlu bulunmuştur ve bu farklar istatistiksel açıdan anlamlıdır (sırasıyla  $p=0.043$  ve  $p<0.001$ ).

**Sonuç**

Engellilere yönelik olumsuz tutumlar sosyal, psikolojik ve ekonomik yönleri ile çözülmesi gereken bir sorundur. Belediye çalışanlarının engelli bireylere yönelik tutumlarının olumlu olması, belediyelerin engellilere yönelik hizmetlerine olumlu yansıtacağından, çalışanların engellilik konusundaki duyarlılığını ve engelli bireylerle etkileşimini artıracak müdahalelere gereksinim bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Engelli, özür, tutum, tutum ölçeği, belediye çalışanları

- Arş. Gör. Dr. ÖZGE KARADAĞ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - okaradag@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. NESRİN ÇİLİNGİROĞLU, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D.
- PINAR ATACA, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- NESİBE NUR UÇAR, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- BURAK BEŞİR BULUT, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

**BİR KÖY HALKININ ORGAN BAğIŞI KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ****S. BAŞKURT, Z. SARIDAYI, M. GÜN, E. ERKANLI****Giriş ve Amaç**

Halkın organ bağışı konusundaki düşüncelerini belirlemek ve bu konudaki yanlış bilgi ve tutumlarını tespit edip doğru bilgilendirme yapmaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı nitelikteki çalışma gerekli izinler alındıktan sonra Ocak -Mayıs 2008 tarihleri arasında Balıkesir'in merkez köyü olan Gökköyde yapılmıştır. Hazırlanan anket formu gönüllü olarak yanıtlamak isteyen 104 kişiyle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuş olup, veriler SPSS paket programında frekans dağılımları, aritmetik ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Katılımcıların yaşları 19 ile 68 arasında olup ortalama 37.00±89 dur. Yanıtlayanların %51'i erkek, %90.4'ü evli, %73.1'i ilköğretim mezundur. Katılımcıların %52.9'u organ bağışı konusunda bilgisinin olduğunu, %40.4'ü bu bilgiyi televizyon ve gazeteden aldıklarını, %60.6'sı kişinin kendi sağlığında ve öldüğünde ailesi tarafından organlarının bağışlanabildiğini belirtmişlerdir. Anketi yanıtlayanların %77.9'u organ bağışının doğru bir uygulama olduğunu ifade ederken, %99.0'ı bağış yapmamıştır. Bir kişi organ bağışı yaptığını o da kalp kapakçıklarını bağışladığını belirtmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası organ bağışına hayır derken, neden olarak ta %20.2'si hastalandıklarında, kaza da tıbbi tedavilerinin tam yapılmasından endişe duyduklarını, %10.6'sı dinen sakıncalı olduğunu vs. belirtmişlerdir. Katılımcıların %99.0'u çevrelerinde organlarını bağışlayan biri olmadığını, %69.2'si bağışın nasıl yapıldığını bilmediğini, %52.9'u bu konuda eğitim yapılırsa katılabileceklerini, eğitimin de büyük gruplar halinde ve uzman kişi tarafından verilmesini istediklerini belirtmişlerdir.

**Sonuç**

Köy halkının organ bağışı konusundaki bilgisi yetersizdir. Muhtar, öğretmen, ebe ve imamla iletişime geçerek gerekli bilgilendirme ve eğitim verilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Halk, organ bağışı, bilgi

- Öğr. Gör. Selma Başkurt, BAÜ Sağlık Yüksekokulu - sbaskurt@balikesir.edu.tr
- Zehra Sarıdayı, BAÜ Sağlık Yüksekokulu - zehra\_saridayi@hotmail.com
- Mukadder Gün, Jandarma Lojistik Komutanlığı Sağ.İkm.ve Bak.Şb. - mukadder@registerednurses.com
- Öğr. Gör. Elif Erkanlı, BAÜ Sağlık Yüksekokulu - erkanli@balikesir.edu.tr

**ÇANAKKALE YAŞLI MERKEZİ'NDEKİ KADINLARIN OSTEOPOROZ BİLGİ DÜZEYLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİSİ****S. VURUR, H. A. ÇELİK, M. KORKUT, M. ŞEN, Ö. TOKER****Giriş ve Amaç**

Bu araştırma kadınların osteoporoz bilgi düzeyleri, verilen osteoporoz eğitiminin etkisini ve kalıcılığını ölçmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma kapsamına Çanakkale Yaşlı Merkezi'ne 2007 Kasım-2008 Mart tarihleri arasında başvuru yapan gönüllü kadınlar alınmıştır. Çalışmayı kabul eden kadınlar 4 saatlik bir eğitim programına katılmışlardır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri içeren bir form ve osteoporoz bilgi testi kullanılmıştır. Çalışmanın üçüncü aşaması olarak Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda verilen eğitimin kalıcılığını ölçmek amacıyla Osteoporoz Bilgi Testi üçüncü kez uygulanmış ve ardından eğitim broşürü dağıtılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 13.0 programı kullanılmış, demografik özellikleri içeren frekans testleri, t testi ve çok yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

**Bulgular**

Çalışmaya alınan 49 olgunun yaş ortalaması  $69 \pm 8.36$  yıl, ortalama vücut kitle indeksi (VKİ)  $27.91 \pm 4.06$  kg/cm<sup>2</sup> (normal sınırlar içinde) olarak saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analizlerde olguların %89.8'i kent yaşamakta, %12.2'si üretim işi, %8.2 si uygulamalı iş sahibidir. Kadınların %69.4'ü ilkokul mezunudur.

Kadınların %64'ü aylık gelirlerini iyi ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların sadece %12.2'sinin sosyal güvencesi yoktur.

Kadınların medeni durumu incelendiğinde %63.3'ünün evli, %32.2'sinin dul, %4.1'inin bekar olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %19.4'ünde 50 yaş üstü kırık saptanmış, %22.4'ünde annede, %10.2 sinde babada kifoz öyküsü bulunduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamızdaki kadınların ilk adet yaşı ortalaması  $13.2 \pm 1.33$ ; son adet yaşı ortalaması  $47.76 \pm 4.60$ ; ve ortalama menopozda olma süresi  $12.67 \pm 8.88$ ; olmakla beraber kadınların %42.9'u düzensiz adet gördüklerini ifade etmişlerdir.

Osteoporoz Bilgi Testi'nden eğitim öncesinde ortalama 9.41 puan alan kadınlar, eğitim sonrasında 17.02 puan almışlardır. Bu puan artışı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ,  $t = -12.817$ ).

Bir ay sonra yapılan Osteoporoz Bilgi Testinde'ki ortalama puan 13.65 olup bu düşüş eğitimin yararlı olduğunu bununla birlikte kalıcı olmadığını göstermektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ,  $t = 12.6222$ ).

**Sonuç**

Bu çalışma ile osteoporoz konusunda verilen eğitimlerin korunma, egzersizin gerekliliği ve beslenme bilgisine olumlu katkı sağladığı, bununla beraber kalıcılığı için sürekliliğin artırılması gerektiği ortaya konmuştur. Yapılan bu çalışmada eğitimin kadınların algısına ve osteoporoz bilgisine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Osteoporoz, osteoporoz eğitimi, osteoporozdan korunma

- Öğr. Gör. SEVDA VURUR, ÇOMÜ - svurur99@comu.edu.tr
- H. AZRA ÇELİK, ÇOMÜ
- MERVEGÜL KORKUT, ÇOMÜ
- MÜMİNE ŞEN, ÇOMÜ
- ÖZGE TOKER, ÇOMÜ

**EVDE TIBBİ BAKIM İHTİYACININ BELİRLENMESİ****S. ŞAHİNÖZ, T. ŞAHİNÖZ****Giriş ve Amaç**

Yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların artışına bağlı olarak ailelerin profesyonel yardıma duydukları ihtiyacın artması, hizmeti alan kişinin ev ortamında bulunmasının getirdiği psikolojik rahatlık evde bakım hizmeti ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır.

Bu araştırma; Kocaeli ilinde Yahya Kaptan mahallesi ve Ali Kahya beldesinde yaşıyan ailelerin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısının tespiti, kronik hastalıkların dağılımlarının tespit edilmesi, bakıma muhtaç hasta ve yaşlıların tespiti ve evde bakım hizmeti ihtiyacını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır. İzmit merkez ilçedeki bir mahalle ve bir beldedeki tüm haneler araştırma kapsamına alınmıştır ve araştırma 15 Şubat-15 Mart 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma bölgesi sınırları içerisindeki her hane anketörlerce dolaşarak yüz yüze görüşme tekniği ile geliştirilen soru kağıdı doldurulmuş ve elde edilen verilerin tümü bilgisayara kaydedilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS paket programında analiz edilmiş ve istatistiksel değerlendirmelerde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma kapsamında 7 217 hanede yaşıyan toplam 25 211 kişiye ait veri elde edilmiştir. Araştırma bölgesindeki toplumun %14,6'sının tanı konmuş herhangi bir hastalığı olduğu, %1,8'inin engelli, %1,8'inin gebe, %1,1'inin bebek olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin %82,1'i ekonomik durumunu orta gelirli olarak tanımlamıştır. Hanelerde yaşıyan kişilerin %13,8'inin hiçbir sosyal güvencesi yoktur.

En sık görülen tanısı konmuş hastalığın %5,4 ile hipertansiyon olduğu, bunu %2,4 ile şeker hastalığı ve %2,2 ile diğer kalp-damar hastalıklarının izlediği belirlenmiştir.

Hanelerin %5,3'ünün nakit paraya, %4,4'ünün gıdaya, %3,2'sinin ilaç-tedaviye, ihtiyacı olduğu; evde bakım hizmetine ihtiyaç duyan hane oranının ise %1,1 olduğu tespit edilmiştir. Çok fakir ve fakir ailelerde evde bakım talebi anlamlı derecede yüksektir. Bunun nedeni, kısmen zengin aile sayısının azlığı ile açıklanabilse de esas neden evde bakım hizmetinin belediyenin ücretsiz bir hizmeti olarak sunulacak olması olabilir.

**Sonuç**

Sonuç olarak, evde bakım ihtiyacı araştırmamızda düşük tespit edilmiş olmasına rağmen bunun asıl nedeni evde bakım hizmetlerinin yeterince tanınmaması ve hizmete ulaşılamamasıdır. Bu konudaki ihtiyacın yaşlanan nüfusla beraber artacağı öngörüldüğünden evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekliliği açıktır.

**Anahtar Kelimeler**

Evde bakım, evde tıbbi bakım, Kocaeli

◦ Uzm. Dr. Saime ŞAHİNÖZ, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tıp Hizmetleri Daire Başkanlığı Eğitim ve Özel Dal - saime2000@hotmail.com

◦ Uzm. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı İstatistik ve Analiz Daire Başkanı - drsahinoz@hotmail.com

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMASINA ÇIKAN ÖĞRENCİLERİN EV ZİYARETİ ETKİNLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****M. SUBAŞI BAYBUĞA, M. PİÇAKÇİEFE, S. DEMİRCAN, F. DERELİ****Giriş ve Amaç**

Halk sağlığı hemşireliği uygulamalarında ev ziyaretleri, bireyleri, aile ve toplumu buldukları ve yaşadıkları gerçek ortamda tanımak, aileyi bir bütün olarak değerlendirmek, sorunlarını saptamak ve öncelikleri gerçekçi bir biçimde birey ve ailenin katılımı ile belirlemek ve onların katılımı ile çözüm yolları aramak ve uygulamak anlamında önemli bir yer tutmaktadır. Çalışma halk sağlığı hemşireliği dersi uygulamasına çıkan öğrencilerin ev ziyareti etkinliklerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Veriler Mart- Mayıs 2008 tarihleri arasında, öğrenci etkinliğini ortaya çıkaracak şekilde veri toplama formuyla toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 2007- 2008 Eğitim- Öğretim Döneminde M.Ü. Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerinin tamamı (n:71) oluşturmuş, çalışma 2 öğrencinin devamsızlığı nedeniyle 69 öğrenciyle tamamlanmıştır. Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ailelerde var olan sağlık sorunları, öğrenci tarafından saptanan sorunlar, ailelere verilen sağlık eğitim konuları ve sıklıkları, bireylerin herhangi bir sağlık kuruluşuna yönlendirilme durumu ve nedenleri değişken olarak ele alınmıştır.

**Bulgular**

İzlenen 345 ailenin: %91,7'si çekirdek aile yapısında, % 95,5'i sosyal güvenlik kapsamında, % 41,1'i ilkökul mezunu ve %45,2'si çalışmaktadır. Ailelerin, %11,7'si yenidoğan, % 31,7'si (1 ay- 6yaş) çocuk, %3,8'i adölesan, %21,2'si yetişkin, % 11,3'ü yaşlı, % 9,1'i gebe ve loğusa, %0,4'ü engelli ve %10,4'ü kronik hastalıklı bireye sahip olduğu için ele alınmıştır. Öğrenciler izledikleri ailelerin %68,1'inde kronik hastalık, %2,8'inde bulaşıcı hastalık, %33,3'ünde kronik olmayan bir hastalık saptamıştır. Ailelerde saptanan bireysel sorunların %46'sı 'hastalıklarla', %64'ü 'gürültü, toz, kanalizasyon' gibi çevresel sorunlarla ilgilidir. Öğrencilerin %71,0'ı ailelerde kronik hastalıklar, beslenme, gebe/loğusa ve bebek bakımı konusunda sorun saptamış, %59,4'ü izlediği aileye 3-4 kez bu konularda sağlık eğitimi vermiştir. Öğrencilerin %85,5'i aileleri hastalık, sağlığı geliştirme, bebek bakımı, gebe / lohusa izlemi, ruhsal sorunlar ile ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirmiştir.

**Sonuç**

Sonuç olarak, öğrencilerin yaptıkları ev ziyaretlerinde ailelerdeki sağlık sorunlarını saptadıkları, bu sorunlara yönelik sağlık eğitimi verdikleri ve gerekli durumlarda ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirdikleri belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Ev ziyareti, Öğrenci Etkinliği, Halk Sağlığı Hemşireliği

- Yrd. Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa, M.Ü. Muğla Sağlık Yüksekokulu - media@mu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Metin Pıçakçiefe, M.Ü. Muğla Sağlık Yüksekokulu - mpicakciefe@hotmail.com
- Öğr. Gör. Sacide Demircan, M.Ü. Muğla Sağlık Yüksekokulu - d.sacide@mu.edu.tr
- Öğr. Gör. Feyza Dereli, M.Ü. Muğla Sağlık Yüksekokulu - o.feyza@mu.edu.tr

## HAVUTLU SAğLIK OCAğINA BAŞVURAN EVLİ VE ÇOCUKLU KADINLARDA AKRABA EVLİLİğİ VE KALITSAL HASTALIK SIKLIğI

**E. GÜNDÜZ, S. ULUDAğ KİS, S. TEPE, Z. SÜTOLUK, M. AKBABA**

### Giriş ve Amaç

Akraba evliliği: eşler arasında kan bağı bulunması durumudur. Akraba evliliği yapan popülasyonda özürü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat fazla olmaktadır. Ülkemizde akraba evliliği sıklığı 1998 yılı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre % 26,9 olarak belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda akraba evliliklerinde kadının eğitimi ve statüsü daha etkili bir faktör olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın amacı Havutlu Sağlık ocağına başvuran evli ve çocuk sahibi olan kadınlarda akraba evliliği sıklığının tespiti ve etki eden faktörlerin araştırılmasıdır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı bu çalışma 01.02.2008-31.05.2008 tarihleri arasında Adana ili Havutlu Sağlık Ocağına başvuran evli ve çocuk sahibi kadınlar ile yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 354 kişi bu çalışmanın örneklemini oluşturdu. Bu çalışmada akraba evliliği ve kalıtsal hastalık durumu ile kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin geliri ve akraba evliliği nedenleri arasındaki ilişi araştırıldı. Çalışmanın istatistiksel analizinde tanımlayıcı analizler ve ki kare testleri kullanıldı

### Bulgular

Bu çalışmada akraba evliliği sıklığı %29,1 kalıtsal hastalık sıklığı ise %12,4 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 37,8-13,1 yıl (En düşük:17, En Yüksek:86) olarak bulunmuştur. Bu kadınların %95,5'i ev hanımı, %19,8'i okur yazar değildi, %48,0'i ilköğretim, %10,5'i lise mezunuydu. Bu çalışmada akraba evliliği olanların çocuklarının %20,4'ünde kalıtsal bir hastalık varken, akraba evliliği olmayanlarda bu oran %9,2 olarak bulunmuştur ( $X^2=8,45$ ;  $SD=1$ ;  $p=0,004$ ). Akraba evliliği olanların %29,1'i kendi isteği ile, %68,9'u ailesinin isteği ile evlenmiştir. İlköğretim mezunu olmayan kadınlarda akraba evliliği %36,2 iken, ilköğretim ve üzeri öğrenimi olanlarda bu oran %24,5 olarak bulunmuştur ( $X^2=5,58$ ;  $SD=1$ ;  $p=0,018$ ). Kadınların sadece %2,3'ü akraba evliliği hakkında danışmanlık almışlardır. Akraba evliliği olanların %58,3'ünde, akraba evliliği olmayanların ise %64,3'ünde düzenli olarak gebelik takipleri yapılmıştır. Yapılan analizde iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $X^2=1,12$ ;  $SD=1$ ;  $p=0,290$ ).

### Sonuç

Akraba evliliklerinin azaltılması için kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesi, akraba evliliği olanlarda ise danışmanlık hizmetleri ve gebelik takiplerinin düzenli olarak yapılması erken tanı açısından önemlidir. Yardımcı sağlık personelinin ev ziyaretlerinde bu konuya önem vermesi gereklidir

### Anahtar Kelimeler

Akraba evliliği, kalıtsal hastalık, sıklık.

- Arş. Gör. Dr. Esra GÜNDÜZ. ÇÜTF Halk Sağlığı - egunduz@cu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Selen ULUDAğ KİS, ÇÜTF Halk Sağlığı - skis@cu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Seda TEPE. ÇÜTF Halk Sağlığı - dr.sedatepe@hotmail.com
- Uzm. Dr. Zeynel SÜTOLUK, ÇÜTF Halk Sağlığı - zsutoluk@cu.edu.tr
- Prof. Dr. Muhsin AKBABA. ÇÜTF Halk Sağlığı - akbaba@cu.edu.tr



**KIRIKKALE İLİNDEKİ ENGELLİLERİN VE AİLELERİNİN GÜNLÜK HAYATTA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ARAŞTIRMASI****Z. A. ÇAKMAK, M. ÖZHAVZALI****Giriş ve Amaç**

Engellilik, bedensel fonksiyonlardaki hasarlar nedeniyle meydana gelen kayıpların yarattığı sosyal dezavantajlardır. Türkiye’de 2002’de gerçekleştirilen Engelliler Araştırması’na ait verilerin ikincil analizleri, engellilerin çok büyük sosyal dezavantajlara maruz kaldıklarını ortaya koymuştur. Sosyal dezavantajların yol açtığı sosyal eşitsizlikler, engellileri toplumun marjinal gruplarından biri haline getirmiştir.

Araştırmadaki engellilerin ve onların ailelerinin günlük hayatta karşılaştıkları sorunlara tespiti, engellilerin ailelerinin eğitim, meslek, sosyal güvenliği, gelir durumu, engellilerin bakım ve rehabilitasyon gibi çeşitli hizmetlerinden yararlanma olanakları gibi engelliler açısından büyük önem taşıyan konuları değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlandı.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma 2007 yılı Mart ayının ilk haftasında engellilerin ve onların ailelerinin karşılaştıkları sorunları bizzat kendilerinden öğrenmek ve yerinde tespit edebilmek için Kırıkkale’de çeşitli engelli bireylere hizmet verilen özel okullardaki rastgele seçilen 114 aileye 26 sorudan oluşan bir anket yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Çalışmanın sonunda elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak frekanslar, çapraz tablolar elde edilip bunlar üzerine ki kare testi gibi çeşitli istatistiksel analizler yapılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya göre çocukların %43.9’u zihinsel engelli, % 30.7 bedensel engelli ve % 14.9’u da her iki engelli grubundadır. Engelli çocukların % 29.8’i 4-8 yaş, % 36.0’ı 8-16 yaş ve % 24.6’sı 16-24 yaş grubundadır. Engelli çocukların rahatsızlığının hangi süreçte meydana geldiğini bakıldığında doğum sırası nedenler %36’dır. Çocuklarının yaşlarına uygun okul bulabilme durumuna bakıldığında ailelerin %71.9’u olumlu olarak değerlendirdi. En fazla (%24.6) ihtiyaç duyulan uzmanın olduğu belirtildi. Ailelere göre fazla ihtiyaç (%34.2) duyulan yerler okullardı. Engelli çocuğa sahip olmanın getirdiği sorunları aileler ilk olarak ekonomik giderlerin artması diyenlerin % 17.5, evde bulunan diğer çocuklarla ilgilenememe % 13.2 ve çevre ile olan ilişkileri etkiliyor diyenler % 34.2 ve diğer cevabı verenler % 19.3’dür.

**Sonuç**

Engellilere çeşitli hizmet sunan kurum ve kuruluşların, engellilere ulaşabilmede birbirlerine ulaşmada bazı sorunların ortaya çıkmış ve bu kopukluğun ivedilikle çözülmesi gerekmektedir. Disiplinler arası doğru iletişim ve işbirliği yapılmalı ayrıca konusunda kalifiye elemana gereklilik vardır. Aileler de düzenli eğitilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Engellilik, Sorunlar, Engelli aileleri

• Doç. Dr. Z. AYTÜL ÇAKMAK, KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - cakmakza@hotmail.com

• Öğr. Gör. MÜZEYYEN ÖZHAVZALI, KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ KESKİN MESLEK YÜKSEK OKULU

## MALATYA BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURANLARDA HASTA MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Ali ÖZER, Fatma MORDOĞAN, Emine TEKEDERELİ, Münevver BİLBAY**

### Giriş ve Amaç

Kalite yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de vazgeçilmez bir kavramdır. Hastanelerde tanı ve tedavi süreçlerinde hastane personelinin, hastanede kullanılan tıbbi cihazlardan, kliniklerin fiziksel koşullarından ve hastane yönetimi - işletmeciliğinden kaynaklanan sorunlar dikkate alınarak, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi çok önemlidir. Bu bağlamda yapılan çalışmamızın amacı, Malatya Beydağı Devlet Hastanesinde poliklinik hastalarının bazı sosyo-demografik özelliklerini ve hastanede verilen hizmetten genel memnuniyet düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

### Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı tipte epidemiyolojik araştırma, hastanemizde Mart - Nisan 2008 tarihleri arasında poliklinik hizmeti alan 95414 kişiden 100 kişilik bir gruba yüz yüze görüşme tekniği ile 34 sorudan oluşan anket seti uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Bu 100 kişilik grup her bir klinikten hizmet alan kişi sayısına orantılı olarak seçilmiştir. Geri kalan kişiler herhangi bir nedenden dolayı çalışma dışı bırakılmamış olup, tamamen bir örneklem grubu oluşturulmuştur. Her bir klinik çalışmaya dahil edildiği için çalışma dışı bırakılan kişilerin sonucu olumlu yada olumsuz etkilemesi söz konusu değildir.

### Bulgular

Anket 60 kadın 40 erkek olmak üzere toplam 100 kişiye uygulanmıştır. Bunların yaş aralıkları 15-65+ olarak belirlenmiş olup, %35'i 26-35, %29'u 36-45, %36'sı da diğer yaş aralığındadır. Eğitim durumu: %14 okuryazar olmayan, %5 okuryazar, %21 ilkököl, %19 ortaokul, %30 lise, %10 yüksek okul, %1 üniversite olarak dağılım göstermiştir. Çalışmaya katılanların %43'ü ev hanımı, %37'si serbest meslek grubu içerisinde. Sosyal güvence bakımından %24'ü yeşilkart ve %40'ı SSK'lıdır. Çalışmaya katılanların %82'si hastaneye doğrudan başvurmuş, %11'i sevkle gelmiştir. Bunların da %19'u iç hastalıkları, %19'u kadın hastalıkları, %16'sı kardiyoloji, %4'ü kalp-damar cerrahisi, %1'i psikiyatri, dermatoloji, ortopedi, KBB hastalıkları, %25'i çocuk sağlığı ve cerrahisi hastalıkları, %2'si göğüs hastalıkları ve beyin cerrahisi, %6'sı plastik cerrahisi kliniklerinden hizmet almıştır.

Çalışmaya katılanların; %90'ı verilen poliklinik hizmetinin kalitesinden, %80'i hekimlerin tutum ve davranışlarından, %77'si polikliniklerin temizliğinden memnun kalmışlardır. %79'u hastalıkları ve tedavileri hakkında istedikleri bilgiyi almışlardır. %85'i hekim seçme uygulamasından yararlandıklarını belirtmişlerdir. Bürokratik işlemler için %54'ü 0-20 dk, %26'sı 21-40 dk, %8'i 41-60 dk, ve %12'si 60 dakika ve üzeri süre harcadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya katılanların %20'si genel olarak personelin ilgisinden dolayı teşekkür etmişlerdir.

### Sonuç

Hasta memnuniyeti karmaşık bir yapıya sahip olup, birçok faktörden etkilenmektedir. Kaliteli hizmet sunumunun en önemli göstergesi yine hasta memnuniyetidir. Bu çalışmamız, polikliniğe başvuran her hastanın memnuniyetini değerlendirilerek, aksaklıkların giderilmesi ya da en aza indirilmesi yolunda önemli bir adımdır. Hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri, istek ve önerileri oluşturur ve buna göre bireyler sağlık güvencesi çerçevesinde sağlık hizmeti alımını, hastanenin ulaşılabilirliği, çalışanların davranışları, fiziki ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, otelcilik hizmetleri gibi faktörleri gözönünde bulundurarak seçer. Bu çerçevede polikliniklerimizden hizmet alan hastalarımızın %80'i genel olarak memnun ayrılmışlardır.

### Anahtar Kelimeler

Sağlıkta kalite, hasta memnuniyeti, hastane polikliniği.

• Uzm. Dr. Ali ÖZER, BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ - aliözer91@hotmail.com

**MALATYA BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ YATAKLI SERVİSLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****A. ÖZER, F. MORDOĞAN, E. TEKEDERELİ, M. BİLBAY****Giriş ve Amaç**

Malatya Beydağı Devlet Hastanesinde yatan hastaların bazı sosyo- demografik özelliklerini ve hastanede verilen hizmetten genel memnuniyet düzeyini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu tanımlayıcı tipte epidemiyolojik araştırma. hastanede yatan 100 hastaya Mart - Nisan 2008 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular**

Anket 68 kadın 32 erkek olmak üzere toplam 100 kişiye uygulanmıştır. Çalışmaya katılanların yaş aralıkları 15-65+ olarak belirlenmiş olup, %29'u 26-35 , %21'i 36-45 , %50'si de geriye kalan yaş aralığındadır. Eğitim durumu: %18 okuryazar olmayan, %10 okuryazar, %31 ilk okul, %16 ortaokul, %19 lise, %2 yüksek okul, %4 üniversite olarak dağılım göstermiştir. Çalışmaya katılanların %50'si ev hanımı, %36'sı serbest meslek grubundandır. Sosyal güvence bakımından %25'i yeşilkartlı, %38'i SSK'lıdır. Çalışmaya katılanların %93'ü hastaneye doğrudan başvurmuş, %7'si sevkle gelmiştir. Bunların da %29'u iç hastalıkları, %22'si çocuk sağlığı hastalıkları, %14'ü kalp- damar cerrahisi, %35'lik grup da diğer kliniklerden hizmet almıştır.

Çalışmaya katılanların: %90'ı verilen hizmetin kalitesinden, %92'si hekim davranışlarından, %85'i kliniklerin temizliğinden, %81'i hastane yemeklerinden memnun kalmışlardır. %75'i hastalıkları ve hastanenin genel işleyişi hakkında istedikleri bilgiyi almışlardır, %90'ı hastalandıklarında hastaneyi tekrar tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

**Sonuç**

Hizmet kalitesinin artırılması için sistematik olarak bu çalışmaların tekrarlanması gerekmektedir. Yatan her hastanın memnuniyetini değerlendirmek ve aksaklıkların giderilmesi ya da en aza indirilmesi için bir analiz sistemi kurulmalıdır. Hastanede kalite çalışmalarının daha verimli ve etkin yürütülebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Hasta memnuniyeti, yataklı sağlık kurumu, hizmet kalitesi.

\* Uzm. Dr. Ali ÖZER, BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ - aliozer91@hotmail.com

## MANİSA KENT MERKEZİNDE YATARAK TANI VE TEDAVİ HİZMETLERİNDEN YARARLANAN KİŞİLERİN HASTA MEMNUNİYETİ DÜZEYİ

**N. NESANIR, G. DİNÇ**

### Giriş ve Amaç

Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıları anlamak istemektedirler. Bu çalışmada, Manisa kent merkezinde son bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinden yararlananların hasta memnuniyeti düzeyini saptamak amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın verileri 2005 yılında Manisa Kent Merkezinde yürütülen Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması kapsamında toplanmıştır. Araştırma, sağlıkevi nüfuslarına orantılı küme örnekleme yöntemi ile seçilen bir örnek üzerinde yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Örnek grubunu her birinde 10 hane bulunan 327 küme oluşturmaktadır. Hanelerin 53'ü (%1.6) görüşmeyi reddetmiş olup, 114 (%3.5) hanede ise evde görüşme için kimse bulunamamıştır. Araştırma kapsamında 3110 hane halkına ulaşılmış ve toplam 11284 hane halkı bireyinin son bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinden yararlanması ile ilgili bilgiler bir anket yardımı ile yüzyüze görüşülmesi şeklinde toplanmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan anket formunda hane halkı bireylerinin son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görüp görmediği, gördü ise kaç kez gördüğü sorgulanmıştır. Bu konuda kişilerin memnuniyet düzeyleri ve aldıkları hizmete ilişkin görüşleri (temizlik, sağlık personelinin davranışı) olumsuz ve olumlu görüşleri arasında 4 yanıt seçeneği ile sorgulanmış verilerin analizinde yanıtlar olumlu ve olumsuz görüşler şeklinde sınıflandırılarak analizler yapılmıştır. Veriler SPSS for Windows istatistik paket programında değerlendirilmiş, analizlerde ki kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Hane halkı bireylerinde son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görme oranı % 6.3'tür. Hane halkı bireylerinin % 5.9'unun (n=661) bir kez, %0.3'ünün (n=37) iki kez ve % 0.1'inin (n=8) üç kez son bir yıl içinde yatarak tanı ve tedavi görmüş olduğu saptanmıştır. Son bir yılda yatarak tanı ve tedavi gören kişilerin % 84.6'sı aldıkları sağlık hizmetinden memnun kalmışlardır. Bu oran devlet hastanesi için % 77.8, SSK hastaneleri için %86.7, üniversite hastaneleri için % 87.8 ve özel hastaneler için % 92.1'dir ve bu da istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.00). Son bir yılda yatarak tanı ve tedavi gören kişilerin %86.5'i doktorunun hastalığı konusunda bilgi vermiş olduğunu, doktoru tarafından bilgi verilen kişilerin %96.2'si verilen bilgilerin yeterli olduğunu, %87.5'i tekrar hastalanırlarsa aynı hekime başvuracaklarını belirtmiştir. son bir yılda yatarak tanı ve tedavi gören kişilerin Hastanelerinin genel temizliğini "temizdi yada çok temizdi" diyenlerin oranı % 71.6'dır. "Temizdi yada çok temizdi" oranı devlet hastaneleri için % 66.3, SSK hastaneleri için % 71.9, üniversite hastaneleri için % 72.3 ve özel hastaneler için % 96'dır ve bu da istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.01). Hekimin davranışı "nazikti ya da çok nazikti" diyenlerin oranı % 88.4'tür. "Nazikti ya da çok nazikti" oranı devlet hastaneleri için % 84.8, SSK hastaneleri için % 87.9, üniversite hastaneleri için % 93.2 ve özel hastaneler için % 98.2'dir ve bu da istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.01).

### Sonuç

Araştırma kapsamında kişilerin yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

### Anahtar Kelimeler

Memnuniyet, Yatarak tanı ve tedavi, Manisa, Hastane

- Uzm. Dr. Nasır Nesandır, Düzce Sağlık Müdürlüğü - nasirmesan@hotmail.com
- Doç. Dr. Gönül Dinç, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - dincgonul@gmail.com

**SAMSUN İL MERKEZİNDE İKAMET EDEN BİREYLERDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ****S. DİVRİK GÖKÇE, S. DABAK, E. AKSÖZ, S. S. BİLGE, Y. PEKŞEN, Y. KESİM****Giriş ve Amaç**

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımı, ilaç alma ve kullanma alışkanlıklarının hekimler tarafından bilinmesi, sağlıklı toplum hedefine ulaşabilmede son derece önemlidir. Bu çalışmada; Samsun il Merkezinde ikamet eden bireylerin sağlık hizmeti kullanımı ve bunları etkileyen etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Eylül-Aralık 2005 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı ve Farmakoloji Anabilim dallarının işbirliği ile yapılmıştır. Samsun İl Merkezi'nde küme örnekleme yöntemi ile seçilen 210 haneye gidilerek, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu Dönem 6 öğrencilerince her haneden bir kişiyle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Elli altısı (%26.8) erkek, 153(%73.2)'ü kadın(n=209); yaş ortalaması 39.63±12.95 yıl olan katılımcıların 109(%55.9)'u ilkököl-ortaokul mezunu, 72(%36.9)'si lise ve üzeri eğitim almış olup(n=195), kadınların 120(%81.1)'si ev hanımı, erkeklerin 29(%61.7)'u çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların 15(%7.1)'inin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Sağlık kuruluşuna başvuruda; ortaokul ve altı eğitim alan grubun 63(%51.2)'ü, lise ve üzeri eğitim alanların 27(%37.5)'si sağlık ocağını tercih ederken; üniversite hastanesi, özel hastane ve özel poliklinikleri tercih edenler içinde % 30.6 ile lise ve üzeri eğitim alanların oranı fazladır (p<0.001). Hekimin yazdığı ilacı belirtilen süre ve dozda kullanma oranı, ortaokul ve altı eğitim alanlarda daha düşük oranda (%54.5) iken; ortaokul ve altı eğitim alanların 35(%28.5)'i, lise ve üzeri eğitim alanlara (%18.1) göre daha sıklıkla ilaçlarını iyileştiklerinde bıraktıklarını belirtmişlerdir(p<0.05). Hastalandıklarında ilk olarak bir sağlık kuruluşuna başvurma oranı, sosyal güvencesi olanlarda %49.7 olup; güvencesi olmayanlarda ise ancak %13.3'tür(p<0.05). Güvencesi olmayanların %93.3'ü kendi kendine ilaç kullanmakta iken, güvencesi olanlarda bu oran % 59.5 olup daha düşüktür (p<0.05).

**Sonuç**

Elde edilen veriler, eğitim durumunun lise ve üzerinde olması, çalışıyor olma ve sosyal güvencenin olmasının sağlıklı ilgili davranışları ve ilaç kullanımını olumlu etkilemekte olduğunu gösterir niteliktedir. Hastalarının tanısını bilmeden, tavsiye üzerine kullandıkları ilaçların sağlıklarını için zararlı olabileceğine yönelik geniş kitlelere ulaşabilecek eğitimlerin yararlı olabileceği kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler**

Sağlık hizmeti kullanımı, eğitim, sosyal güvence, ilaç kullanımı

- Arş. Gör. Dr. Senem DİVRİK GÖKÇE, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı - senemdivrik@mynet.com
- Doç. Dr. Şennur DABAK, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - sdabak@omu.edu.tr
- Üzm. Dr. Elif AKSÖZ, Tokat İl Sağlık Müdürlüğü - elifaksoz@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. S. Sırrı BİLGE, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı - sssbilge@omu.edu.tr
- Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - ypeksen@omu.edu.tr
- Prof. Dr. Yüksel KESİM, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı - yuksek@omu.edu.tr

## SİGARA İÇEN ÖĞRENCİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ

**D. ÜNALAN, S. SOMUNOĞLU, E. DİKMETAŞ, F. ELMALI**

### Giriş ve Amaç

Çalışmamızın amacı, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı (TDS) öğrencilerinde sigara içme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırmada, Ülkemizde bünyesinde TDS programı bulunan 30 Üniversiteden basit rastgele örnekleme yöntemi ile 3 üniversite seçilmiştir. 2006-2007 eğitim ve öğretim döneminde; bu üniversitelerde okuyan 200 TDS öğrencisinden, 147'sine ulaşılarak anket formu uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket formu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizde, kıkare testi, pearson korelasyon ve lojistik regresyon analizi uygulandı.

### Bulgular

Öğrenciler; SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinden en düşük puanı duygusal rol sınırlamaları (RE) en yüksek puanı fizik fonksiyonellik (PF) boyutundan aldıkları tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin bütün alanlarında sigara içmeyen öğrencilerin puanları içenlere göre yüksek bulunmuştur. Bu yükseklik ağrı (BP) ve fiziksel sağlık özet skorları boyutlarında anlamlı idi. Yaşam kalitesinin BP ve genel sağlık algısı (GH) dışındaki bütün alanlarında ağır içicilerin ( $\geq 20$  adet/gün), hafif ve orta içicilere göre yaşam kalitesi puanları düşüktür. Bu düşüklük fiziksel rol sınırlamaları (RP) boyutunda anlamlıdır. Sigaraya bağlı sağlık problemi yaşayan öğrencilerin yaşam kalitesi puanları sağlık problemi yaşamayanlara göre düşüktür. Bu düşüklük BP ve GH alanlarında anlamlıdır. Ailesinde sigara içen öğrencilerin yaşam kalitesi puanları içmeyenlere göre düşüktür. Sigarayı bırakma konusunda profesyonel yardım almak isteyen öğrencilerin yaşam kalitesi puanları istemeyen öğrencilere göre düşüktür. Bu düşüklük GH, RE ve mental sağlık özet skorları (MCS) alanlarında anlamlıdır. Sigara içme durumunu etkileyen en önemli risk faktörlerinin cinsiyet, meslek yüksekokulu, aylık geçim/YTL ve BP olduğu tespit edilmiştir. Günde içilen sigara adeti ile yaşam kalitesinin RP, RE ve mental sağlık puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon, tespit edilmiştir. Sigara için yapılan harcama miktarı ile RP, RE, MCS negatif yönde anlamlı korelasyon, tespit edilmiştir.

### Sonuç

Sigara içen öğrencilerde yaşam kalitesi puanları düşüktür. Cinsiyet, meslek yüksekokulu, aylık geçim miktarı ve ağrı sağlık statüsü boyutu sigara içme durumunu etkileyen önemli risk faktörleridir.

### Anahtar Kelimeler

Öğrenci, sigara, yaşam kalitesi

- Yrd. Doç. Dr. Demet Ünalın, Erciyes Üniversitesi - dunalan@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Sinem Somunoğlu, ZKÜ - ssomunoglu@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Elif Dikmetaş, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ - elifdikmetas@hotmail.com
- Uzm. Dr. Ferhan Elmalı, Erciyes Üniversitesi - elmaliferhan@yahoo.com

**TÜRKİYE'DEKİ 15 YAŞINDAKİ ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMLARI VE YAŞAM MEMNUNİYETLERİNİN ARKADAŞ GRUBU ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

**Ethem ERGİNÖZ**, Müjgan ALİKAŞİFOĞLU, Oya ERCAN, Ömer UYSAL, Deniz ALBAYRAK KAYMAK, İlker YÜCEL, Süheyla OCAK, Barış EKİCİ, Gülşah OKTAY

**Giriş ve Amaç**

Bu araştırmanın amacı, arkadaş grup özelliklerinin adolesanların sağlık durumları ve yaşam memnuniyetleri ile ilişkisini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmaya rastgele örnekleme yöntemiyle saptanan 26 ilden, 95 lisenin 9. veya 10. sınıf öğrencisi, 15 yaşının içindeki 1597 kişi katıldı. Araştırmada "Health Behavior in School Age Children (HBSC) 2005/2006" soru formu kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede ki kare testi, student t testi, varyans analizi, eşli t testi ve Pearson korelasyon testi uygun yerlerde kullanıldı.

**Bulgular**

Öğrencilerin % 79.5'i (n=1302) sağlıklı, %62.4'ü (n= 1009) yaşamlarından memnun olduklarını bildirdiler. Yakın arkadaşı olanlar, yakın arkadaşıyla ilişkisi kaliteli olanlar (güven + iletişim), yakın erkek arkadaş sayısı 3 ya daha fazla olanlar, arkadaşlarıyla okul sonrası daha çok zaman geçirenler, grup arkadaşları ile yaşıt olanlar, grup arkadaşlarının destekleyici olduğunu düşünenler, grup arkadaşları erişkinler ve diğer ergenler tarafından benimsenenler, sosyal becerisi iyi olanlar (kendine güven + empati + kolay arkadaş edinme) ve grubun verdiği kararlarda bir şekilde rol alanlar kendilerini daha sağlıklı hissediyorlardı.

Yakın arkadaşı olanlar, yakın arkadaşıyla ilişkisi kaliteli olanlar (güven + iletişim), yakın kız ve erkek arkadaş sayısı 3 ya daha fazla olanlar, grup arkadaşları ile yaşıt olanlar, aynı grupta uzun süredir arkadaş olanlar, grup arkadaşlarının destekleyici olduğunu düşünenler, arkadaş grupları daha az riskli ve antisosyal davranışlar gösterenler ve sosyal becerisi iyi olanlar (kendine güven + empati + kolay arkadaş edinme) yaşamlarından daha memnunlardı.

**Sonuç**

Ergenlik çağında en az bir akran ile uyumlu, güvene dayalı ve destekleyici bir ilişkinin olması sağlıklı gelişim için gereklidir. Ayrıca arkadaş gruplarının davranışları ve ilişki biçimleri ergenin sağlığını ve sağlık davranışlarını etkilemektedir. Araştırmamızın sonuçları ergenlerin sağlık ve esenlik hallerinde arkadaş gruplarının davranış ve ilişki özelliklerinin önemli rol oynadığını göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Ergen, Sağlık Algısı, Yaşam Memnuniyeti, Arkadaş Özellikleri

- Doç. Dr. Ethem ERGİNÖZ, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI - erginose@istanbul.edu.tr
- Doç. Dr. Müjgan ALİKAŞİFOĞLU, İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D. - kasif@istanbul.edu.tr
- Prof. Dr. Oya ERCAN, İ. Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
- Arş. Gör. Dr. Ömer UYSAL, İ. Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. BİYOİSTATİSTİK BİLİM DALI
- Doç. Dr. Deniz ALBAYRAK KAYMAK, BOĞAZİÇİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM FAKÜLTESİ
- Arş. Gör. Dr. Süheyla OCAK, İ. Ü. CERRAHPAŞA TIP FAK. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

## ADÖLESANLARIN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. ÖZDEMİR, T. KAYA**

### Giriş ve Amaç

Adölesanlarda morbidite ve mortalite oranları, birçok ülkede öncelikli ve endişe duyulan önemli bir alandır. Son 30 yılda, adölesan ölüm nedenleri; enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanan nedenlerden, kazalara, intiharlara, güvenli olmayan cinsel deneyimler sonucu oluşan gebelikler ve hastalıklar ile diğer olumsuz sağlık davranışlardan kaynaklanan hastalıklara doğru yön değiştirmiştir.

Bu çalışmada, lise ve ilköğretim II. kademede eğitim-öğretim gören öğrencilerin riskli sağlık davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, 11 Şubat- 10 Mart 2008 tarihleri arasında, kesitsel olarak uygulanmıştır. Araştırmanın evreni, 2007-2008 eğitim öğretim yılında Ankara ili Keçiören ilçesi ilköğretim II. kademede ve herhangi bir mesleğe yönelik olmayan liseler ile Anadolu liselerinde eğitim öğretim gören 60.965 öğrenciden oluşmaktadır.

Örneklem seçiminde önce "tabakalı rastgele örnekleme yöntemi" devamında "basit rastgele örnekleme yöntemi" uygulanmıştır. Keçiören ilçesi, sosyo-ekonomik özelliğine göre; düşük, orta ve yüksek olmak üzere 3 tabakaya ayrılmıştır. Her bir tabakada yer alan ilköğretim okullarının ve liselerin öğrenci mevcutları belirlenmiştir. Her bir tabakadaki ilköğretim okulları ve liseler, sınıflardaki mevcutları ve planlanmıştır. Literatür ve madde sayısını da dikkate alınarak NCSS istatistik paket programı yardımı ile örneklem büyüklüğü, %90 güç düzeyinde örnek genişliği % 2,6 olarak tutulmuştur. Araştırmanın uygulanmasında planlanan örneklemin % 85,5'ine ulaşılmıştır ve örneklemini 1.351 öğrenci temsil etmektedir.

Veri toplama formu; tanıtıcı bilgiler ile araştırmacı tarafından, CDC'nin (Center for disease Control and Prevention) "Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışı Sürveyansı" soru formu temel alınarak hazırlanan, adölesanlarda riskli sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilen soru formundan oluşmaktadır.

Verilerin dağılımlarını göstermek için sayı ve yüzdeler, tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için ki-kare testi, t testi ve varyans analizi kullanılmış ve tanımlayıcı istatistikleri için aritmetik ortalama, standart sapma gösterimi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmanın örneklemini oluşturan 1351 öğrencinin yaş ortalaması  $14.49 \pm 1.69$ 'dur. araştırmaya katılan öğrencilerin %10'unun (n=135) sigara, %6,5'i (n=88) alkol kullandıklarını saptanmıştır. Öğrencilerin %66,8'inin (n=927) günlük iki saat ve altında televizyon izlediği saptanmıştır. Öğrencilerin %85,9'unun (n=1160) günlük iki saat ve altında ders dışında bilgisayar kullandığı saptanmıştır.

### Sonuç

Bu dönemin özelliklerini, risklerini bilen, rol modeli olan, adölesanın problemlerini uygun yöntemle ele alan, bir birey olarak onu dinleyen ve doğru yönlendiren, sağlığı geliştirme konuları hakkında yeterli donanıma sahip okul sağlığı hemşirelerinin okullarda görev yapabilmeleri önerilmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Adölesan, riskli sağlık davranışı

- Arş. Gör. Serpil ÖZDEMİR, GATA HYO Halk Sağlığı Hemşireliği B.D. - serpilozdemir327@gmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Tülay KAYA, GATA HYO Halk Sağlığı Hemşireliği B.D. - tlykaya@gmail.com



**DİYARBAKIR'DAKİ HASTANELERDE 2007 OCAK-ARALIK DÖNEMİ İÇİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ****İ. TOKTAŞ , E. YARUK , N. K. KUBAT, M. ÖZCAN****Giriş ve Amaç**

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi'nin hemen hemen aynıdır. Bu çalışma Diyarbakır'da ikinci ve üçüncü basamak hastanelerden sağlık hizmet alan kişilerin hasta hakları birimine başvurularının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM) 2003/ 124 sayılı genelgesine göre. Hastane Hasta hakları birimine gelen şikayetler 1 gün içerisinde kurul üyelerine iletilmekte, şikayet edilen personelden bilgi alınıp gerekli değerlendirmeler yapılarak verilen karar hasta hakları birimi sorumlusunca hastaya iletilmektedir. Daha sonraki yasal süreç ve yapabilecekleri hakkında ayrıca bilgi verilmektedir.

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup Diyarbakır'da genelgeye uygun olarak il merkezinde 5 ve ilçelerde 5 devlet hastanesi olmak üzere toplam 10 hastanede kurulmuş olan hasta hakları birimlerine 2007 ocak-aralık dönem içinde yapılan başvurular gerekli izinler alındıktan sonra değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

2007 ocak-aralık dönem içinde Hastanelere başvuranlardan 3071860 kişi polikliniklerden, 88997 kişi kliniklerden, 1030274 kişi acil servislerden hizmet almışlardır.

Aynı dönem içinde hastanelerin hasta hakları birimlerine toplam 758 kişi başvurmuştur. Başvuruların 119'u (%16) yazılı ve 639'u (%84) ise sözlü olarak gerçekleşmiştir. Sözlü yapılan başvurular yerinde çözülmüş, yazılı başvuranlar ise şikayetleri incelenip çözüldükten sonra başvuran kişi bilgilendirilmiştir.

Başvuruda bulunanların %71'i erkek, %57'si ilköğretim, %28'i lise ve %15'i üniversite mezunudur.

Hastaların %6'sı acil servis, %44'u poliklinik, %19'u klinik (servis), %12'si laboratuvar veya görüntüleme, %6'sı idari birimlerden şikayetçi olmuşlardır. Sağlık personeline göre ise %37'si uzman hekimlerden, %3'ü pratisyen veya diş hekiminden, %17'si hemşire veya sağlık memurundan, şikayetçi olmuşlardır. Şikayetler en çok %57 oranında Diyarbakır Devlet Hastanesinde olurken, 2 ilçe devlet hastanesinde ise hiç şikayet başvurusu olmamıştır.

**Sonuç**

Diyarbakır'daki hastanelerin hasta hakları birimine başvuranların %95'i il merkezindeki hastanelerde gerçekleşmiştir. Özellikle yoğunluğu fazla olan birimlerden şikayetlerin daha sık olduğu görülmektedir. Okur-yazar olmayanların hiç başvuruda bulunmaması haklarını aramaları bakımından eğitimin önemini artırmaktadır

**Anahtar Kelimeler**

Hasta hakları, hasta hakları birimi, 2. ve 3. basamak hastaneler

- Arş. Gör. Dr. İZZETTİN TOKTAŞ, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - izzettin@dicle.edu.tr
- Dr. EDHEM YARUK, Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü
- Dr. NAMİK KEMAL KUBAT, Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü
- Yrd. Doç. Dr. MANSUR ÖZCAN, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji A.D.

## KEÇİÖREN BELEDİYESİNİN BAZI BÖLÜMLERİNDE ÇALIŞANLARIN ENGELLİLERE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Nüket PAKSOY ERBAYDAR, Adem ŞAVKLIYILDIZ, Candan ŞİMŞEK, Burçin ŞANLIDAĞ, Derya ÖZER**

### **Giriş ve Amaç**

Engelli kişilerin sağlığın her boyutunu ilgilendiren sorunlarının başında engellilere yönelik olumsuz, yargılayıcı ve dışlayıcı tutumlardır. Ülkemizde yasalar engelli kişilere hizmet sunma konusunda yerel yönetimleri görevlendirmiştir. Bu çalışmada Keçiören Belediyesi'nin bazı bölümlerinde çalışanların sosyo-demografik özelliklerini, "Engellilere İlişkin Tutum Ölçeği" ile engelli kişilere yönelik tutumlarını, sosyo-demografik özelliklere ve engelli bireylerle ailesel, mesleki, toplumsal ilişki durumuna göre tutumlarındaki değişimi değerlendirmek amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın verileri belediyenin bazı bölümlerinde çalışanlara 14 soruluk sosyodemografik özellikleri içeren bir anket formu ve "Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği" uygulanması ile toplanmıştır. Katılımcıların sözel onamı alındıktan sonra anket kendilerine bırakılmış ve iş günü sonunda 181 çalışan araştırmaya dahil edilmiştir.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan bireylerin 2/3'ü erkektir ve %75'i 30-49 yaş grubundadır. Lise ve üniversite mezunu olanlar ile kent kökenliler grubun %82'sini oluşturmaktadır. Katılımcıların %75'i evli, %7'si dul ve boşanmıştır. Grubun yaklaşık yarısı memur statüsünde çalışmaktadır. Yaklaşık %90'lık bir kesimin ekonomik durum algısı "iyi-orta" düzeydedir. Erkek çalışanların "Engellilere İlişkin Tutum Ölçeği" puan ortalaması 117,20, kadın çalışanlarınki ise 123,98 dir ve cinsiyete göre ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003). Grupta öğrenim düzeyi arttıkça engellilere yönelik tutum olumluya doğru gitmektedir (p=0,001). Katılımcıların %6,6'sı kendisinin engelli olduğunu, yaklaşık %15'i ailesinde, %40'ı arkadaşları arasında, %25'i komşuları arasında engelli birey bulunduğunu, her iki katılımcıdan birisi engelli bir iş arkadaşı olduğunu, %9'u hayatının herhangi bir döneminde özürlü/engelli bireye bakım verdiğini belirtmiştir. Engelli katılımcıların, engelli olmayanlara göre ölçek puanı ortalaması daha yüksektir fakat arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p = 0,340). Komşuları arasında engelli birey bulunan katılımcıların olmayanlara göre daha olumlu tutum sergiledikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p =0,012). Katılımcıların yaklaşık %40'ı engelli bireyle karşılaştığında tedirginlik, korku, acıma hissetmektedir.

### **Sonuç**

Çalışma grubunun ortalama ölçek puanı (119,56±14,74) sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda düşük olarak değerlendirilmiştir (maksimum ölçek puanı 150'dir). Yerel yönetimdeki çalışanların engellilere yönelik olumlu tutumlarını geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

### **Anahtar Kelimeler**

Engellilere yönelik tutum. Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği

- Yrd. Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR, HACETTEPE ÜNİV. TIP FAK. HALK SAĞLIĞI A.D. - erbaydar@hacettepe.edu.tr
- Dr. Adem ŞAVKLIYILDIZ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
- Dr. Candan ŞİMŞEK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - dancan83@yahoo.com
- Dr. Burçin ŞANLIDAĞ, - burcinsanlidag@yahoo.com
- Dr. Derya ÖZER, - dryderya@yahoo.com

## KOCAELİ İLİ GÖLCÜK İLÇESİ SÜREĞEN HASTALIK DIŞI ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI, NEDENLERİ VE ÖZÜRLÜLERİN SORUNLARI

### Ekrem AKTUĞ

#### Giriş ve Amaç

Gölcük İlçesinde süreğen hastalık dışı özürlülük sıklığı, nedenleri ve özürllülerin sorunlarını belirlemek.

#### Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Veriler 2007 yılı sağlık ocakları yıl ortası nüfus tespitleri sırasında veri toplamayla ilgili eğitimden geçirilmiş ebeler aracılığıyla 2 aşamada kullanılan anketlerle toplanmıştır. Birinci aşamada hanedeki özürllü birey varlığı, ikinci aşamada da tespit edilen özürllü bireylerin ayrıntılı bilgileri sorgulanmıştır. Özür tipi Türkiye Özürllüler Araştırması kriterlerine göre belirlenmiştir. Gölcük İlçesi'nin tamamı araştırma kapsamına alınmış ve ilçenin sınırları evren olarak seçilmiştir. ETF kayıtlarına göre 2006 yılında yıl ortası İlçe nüfusu 123717 dir. İlçede 34806 hane vardır. Gölcük ilçesindeki özürllülük sıklığını belirleyebilmek amacıyla örnek birimi olarak tüm haneler kabul edilmiş ve evren olarak alınmış, örnek seçilmemiştir. Gölcük İlçesinde ulaşılan 31621 hanede özürllü birey olup olmadığını sorguladıktan sonra 1128 hanede(%3.56) tespit edilen 1279 özürllü bireyden 2. soru formu uygulanmasını kabul eden 1122 hanedeki 1273 özürllü bireye uygulanan 2. soru formu ile de veri toplanmıştır. Toplam altı hanede, altı özürllü birey 2. soru formuna yanıt vermek istememiştir. Ulaşılan hane sayısı 2006 rakamları üzerinden hesaplandığında Gölcük İlçesi'ndeki hanelerin %90.8'ini oluşturmaktadır. Yine 2006 yılı ETF kayıtları yıl ortası nüfusa göre ulaşılan hanelerde 56172(%48.83) kadın, 58864(51.17) erkek olmak üzere toplam 115.036 kişinin yaşadığı ve bu sayının toplam nüfusun yaklaşık %93'ünü oluşturduğu belirlenmiştir. Yaklaşık nüfusun %7'sine ETF çalışmaları sırasında evde olmadıklarından veya ankete yanıt verecek kimse olmadığından ulaşılamadı.

#### Bulgular

Toplam 31.621 haneden 1128 hanede 1279 özürllü birey bulunduğu saptanmıştır. Nüfusa oranlandığında Gölcük İlçesinde süreğen hastalık dışı özürllülük sıklığı %1.1 olarak belirlenmiştir. Özürllü bireyler içinde depreme bağlı özürllülük sıklığı %8.6'dır. Özür nedenleri içerisinde ilk sırada ortopedik özürllüler yer almaktadır.

#### Araştırma Kapsamında Belirlenen Süreğen Hastalık Dışındaki Özürllülük Türleri

Özür Tipi	Sayı	Yüzde
Ortopedik	634	37.47
Görme	167	9.87
İşitme	192	11.35
Konuşma	276	16.31
Zihinsel	423	25.00
Toplam	1692	100.00

Bazı özürllü bireylerde birden fazla özür türü bir arada bulunmaktadır. Bu yüzden 1279 özürllü bireyde 1692 farklı özür türü belirtilmiştir. Özür tiplerinin %63'ünün sonradan ortaya çıktığı, özürllülerin büyük oranda sosyo-ekonomik sorunlarla karşı karşıya olduğu belirlenmiştir. Kurumlardan beklentileri arasında ekonomik destek ve sağlık hizmeti öne çıkmaktadır.

#### Sonuç

Çalışmanın sonuçlarına göre Gölcük'te eğitim düzeyi düşük, sosyal güvenlik olanakları yetersiz, gelir durumu kötü olan bir özürllü bireyler kitlesinin mevcut olduğu görülmektedir. Özürllülerin sorunlarının çözülmesine yönelik kamusal düzenlemeler hızla hayata geçirilmelidir. Bu anlamda sağlık ve sosyal hizmet kurumlarına önemli görevler düşmektedir.

#### Anahtar Kelimeler

Özürlülük, depresyon, Gölcük, prevalans

\* Dr. Ekrem Aktuğ, Gölcük Sağlık Grup Başkanlığı - ekremaktug@gmail.com

## **BİR TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ VE ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ MARUZİYETTEN KAYNAKLANAN SAĞLIK RİSKLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ercan GÖÇGELDİ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Türker TÜRKER, Mahir GÜLEÇ, Süleyman CEYLAN

### **Giriş ve Amaç**

Sağlık çalışanlarının mesleki maruziyetten kaynaklanan sağlık risklerini bilmesi, özellikle kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili koruyucu önlemleri bilmesi ve uygulaması zorunludur. Bu çalışmada GATA Askeri Tıp Fakültesi birinci ve altıncı öğrencilerinin mesleki maruziyetten kaynaklanan sağlık riskleri ve alınması gereken önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Bu tanımlayıcı çalışma GATA Askeri Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde Ocak 2008'de gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastalık, izin, nöbet vb. nedenlerle birinci sınıf öğrencilerinin %98,5'ine (68/69), altıncı sınıf öğrencilerinin %68,1'ine (77/113) ulaşılabilmektedir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu katılımcıların mesleki maruziyete bağlı sağlık riskleri, koruyucu önlemler, şüpheli temas sonrası araştırılması gereken hastalıklar konularındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan sorulardan oluşmuştur. İki sınıftaki öğrencilerin yanıtları arasındaki farklılıkların önemliliği Ki-Kare testiyle karşılaştırılmıştır.

### **Bulgular**

Kan ve temas yoluyla bulaşan hastalıklar yönünden kendisini risk altında hissetme düzeyi 6.sınıf öğrencilerinde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Kişisel koruyucu malzemeler konusunda; tüm katılımcılar en sık olarak eldiven kullanmanın gerekli olduğunu belirtmişler, kişisel koruyucu malzeme olarak eldiven, gözlük ve önlük kullanımını gerekli görme yüzdeleri birinci sınıflarda daha yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Deri bütünlüğü bozulmuş olan bir yerden HBV, HCV ve HIV bulaşma riski birinci sınıf öğrencilerince eşit düzeyde yüksek olarak değerlendirilmiş iken, altıncı sınıf öğrencilerince gerçeğe daha yakın olarak HBV yüksek düzeyde, HCV orta düzeyde, HIV daha az riskli olarak değerlendirilmiştir. "Acil servise kardiyak arrest ile gelen hastada ilk yapılacak uygulama" şeklinde bir problem sorulmuş, birinci sınıf öğrencilerinden hiçbiri "eldiven giyme" yanıtını vermemiş, altıncı sınıf öğrencilerinin %26,0'ı "eldiven giyme" yanıtını vermiştir ( $p<0,05$ ).

### **Sonuç**

Sonuç olarak; beklendiği gibi birinci sınıf öğrencilerinin tıbbi meslek yaşamları sırasında maruz kalabilecekleri sağlık riskleri konusundaki bilgilerinin daha düşük olduğu, ancak altıncı sınıf öğrencilerinin bazı konulardaki bilgilerinin istendiği kadar yüksek olmadığı değerlendirilmiştir. "Sağlık personelinin mesleki riskleri ve korunma önlemleri" konusunun mezuniyet öncesi eğitim müfredatına dahil edilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

### **Anahtar Kelimeler**

Tıp öğrencisi, mesleki maruziyet, temasla bulaşan hastalık, kanla bulaşan hastalık

- Yrd. Doç. Dr. Ercan GÖÇGELDİ, GATA - ercang2002@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA - h.istanbulluoglu@hotmail.com
- Uzm. Dr. Türker TÜRKER, GATA - doktorturker@yahoo.com
- Doç. Dr. Mahir GÜLEÇ, GATA - mgulec@gata.edu.tr
- Doç. Dr. Süleyman CEYLAN, GATA - sceylan\_2000@yahoo.com

**GAZİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN DOKTORLARDA ŞİDDET İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER****Mustafa N. İLHAN, F. Nur AKSAKAL, Özlem KURTCEBE, Seçil ÖZKAN****Giriş ve Amaç**

Çağımızda, toplumda ve işyerlerinde şiddetin yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, iş yeri şiddetinin ve saldırganlığının günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını vurgulanmaktadır. Alınan tüm önlem ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık çalışanlarına karşı şiddetin giderek arttığı ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğu gözlenmektedir. Bu araştırmanın amacı Gazi Hastanesinde çalışan doktorlarda şiddet ile karşılaşma sıklığı ve ilişkili etmenlerin saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan 521 araştırma görevlisi doktor ve 143 intern doktor oluşturmakta olup, toplam 664 kişiden 616'sına ulaşılmıştır (%92.77). 2008 yılı Nisan ayında yapılan araştırma kesitsel tiptedir. Doktorların çalıştıkları birime gidilerek, tanımlayıcı özellikler, çalışma ortamı, çalışma yaşamı boyunca şiddetle karşılaşma durumu, karşılaştıysa şekli, ne zaman ve nerede olduğu, kimin uyguladığı, kendisine neden şiddet uygulandığı, şiddet sonrası tavrı, şiddetin işyeri ve işyeri dışında sosyal ve aile yaşamına olan etkileri hakkında sorular içeren anket formu gözlem altında uygulanmıştır. Veriler SPSS 11.5 istatistik paket programına girilerek değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan 616 katılımcının 142'si (%23.1) intern doktor, 474'ü (%76.9) araştırma görevlisi doktordur. Katılımcıların yaş ortalaması 27.4±3.1'dir. Son bir yılda en çok çalışılan birimler %47.6 ile yataklı servis ve %24.5 ile polikliniklerdir. Katılımcıların %42.4'si erkek, %57.6'sı evlidir. Doktorların %60.9'u çalışma yaşamı boyunca işyerinde şiddetle karşılaşmıştır. Çalışma yaşamı boyunca işyerinde şiddetle karşılaşma sıklığı intern doktorlar için %65.5, araştırma görevlisi doktorlar için %59.5'tir. Her iki grupta da en çok karşılaşılan şiddet tipi duygusal/sözel şiddettir. Intern doktorlara en son karşılaştığı şiddeti en çok uygulayan %50.5 ve araştırma görevlisi doktorlara %49.3 ile üst kıdemli kişidir. En son karşılaşılan şiddetin meydana geldiği yer intern doktorlarda %65.6 ve araştırma görevlisi doktorlarda %37.2 ile yataklı servistir. En son karşılaşılan şiddet sırasında intern doktorların %80.6'sı, araştırma görevlisi doktorların %81.6'sı tanı/tedavi işlemleriyle uğraştığını belirtmiştir. Son bir yıl içinde en çok çalışılan birim baz alındığında şiddetle karşılaşma sıklığı acil servis için %82.4, poliklinikler için %64.8, ameliyathane/yoğun bakım için %60.8'dir. Şiddetle karşılaşma sıklığı kadınlarda %54.0, erkeklerde %65.4'tür. Meslekle ilgili gelecek kaygısı duyanların %76'sı, mesleğinin toplumda hak ettiği yeri olmadığını düşünenlerin %62.9'u şiddetle karşılaşmıştır. Fiziksel koşullardan hiç memnun olmayanların daha fazla şiddetle karşılaştıkları (%76.0) saptanmıştır. Üstlerle ilişkilerinden ve çalışma sürelerinden hiç memnun olmayanların şiddetle karşılaşma sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ücretlerinden hiç memnun olmayanların büyük bölümünün daha çok şiddetle karşılaştığı (%67.0) saptanmıştır. Vardiyalı çalışanların ve iş yükünü çok ağır olarak değerlendirenlerin şiddetle karşılaşma sıklığı daha fazladır. Sağlığını genel olarak kötü olarak değerlendirenlerin (%70.2) şiddetle daha fazla karşılaştıkları saptanmıştır. Ekonomik sıkıntı yaşayanların %67.4'ü şiddetle karşılaşmıştır.

**Sonuç**

Çalışmada araştırma görevlisi ve intern doktorların büyük bir bölümünün şiddetle karşılaştığı belirlenmiştir. Hastane yöneticilerine araştırmanın sonuçları bildirilerek, önerilerde bulunulmuştur. Hekimlere yönelik şiddet son yıllarda artış eğilimi göstermekte, önemli bir iş sağlığı sorunu oluşturmakta ve sadece Türkiye'ye özgü bir durum olmayıp, küresel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumdaki diğer meslek dallarına göre daha yüksek düzeyde saptanan sağlık çalışanlarındaki şiddet sıklığı; toplumsal, kamusal ve hukuksal olarak yapılacak köklü değişikliklerle büyük ölçüde geriye çekilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, Sağlık Çalışanları, Çalışma Ortamı

- Yrd. Doç. Dr. Mustafa N. İlhan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. F. Nur Aksakal, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Dr. Özlem Kurtcebe, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Seçil Özkan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.

## İSTANBUL İLİNDE BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ

**S. KAHRAMAN, R. PINAR, G. URAL, O. CEYHAN**

### Giriş ve Amaç

Bu çalışma İstanbul İlindeki Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik, iş doyumu ve depresyon düzeylerini belirlemek ve iş doyumu ve tükenmişliği etkileyen faktörleri saptamak, iş doyumu ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma amacına göre tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmada örneklem alınmamış, araştırmanın evrenini İstanbul İlinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 305 Hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında bireysel anket formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Minnesota Doyum Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistikî paket programı kullanıldı (SPSS-Windows 13.0). Oneway Anova testi, Turkey HDS, Mann Whitney U, Pearson korelasyon testi, Spearman's rho korelasyon testi kullanılarak sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### Bulgular

Bu çalışmada, hemşirelerin tükenmişlik, iş doyumu ve depresyon düzeyi düşük bulunmuştur. Araştırma grubunun Genel Tükenmişlik (GT) Puanları 5.00 ile 88.0 arasında olup, ortalama puan 30.02'dir. Alt ölçeklere bakıldığında ise, Duygusal Tükenme (DT) alt ölçeğinde puanlar 0.00 ile 36.00 arasında değişmekte olup, ortalamasının 14.91; Kişisel Başarı (KB) alt ölçeğinden alınan puanlar 0.00 ile 32.00 arasında değişmekte olup, ortalamasının 4.23; Duyarsızlaşma (D) alt ölçeğinden alınan puanların 0.00 ile 20.00 arasında değişmekte olup, ortalamasının 10.86 olduğu görülmektedir. Çalışmaya alınan hemşirelerin iş doyum puanı ortalaması  $49.43 \pm 11.27$  dir. Hemşirelerin iş doyum puanları minimum 20, maximum 92'dir. Hemşirelerin %62.3'ünün iş doyum puanı düşük (0-49 arası) bulunmuştur. Çalışma grubundaki hemşirelerin depresyon puan ortalamaları  $13.43 \pm 8.45$  olarak belirlenmiştir. Ölçek puanları kesme puanına göre değerlendirildiğinde %33.4'ünün eşik üstü değerlere sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmada tükenmişlikle yaş, çalışma süresi, çalışılan servis, şu andaki görevi, mesleği kendine uygun bulma durumu, çalışma ortamından memnun olma durumu, çalışma statüsü, halen çalıştığı servisi kendi isteğiyle seçme durumu, aylık hafta sonu nöbet sayısı gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki de tespit edilmiştir.

### Sonuç

Bu sonuçlarda bize araştırma grubundaki hemşirelerin tükenmişlik, iş doyumu ve depresyon düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

### Anahtar Kelimeler

Tükenmişlik, İş Doyumu, Depresyon, Hemşirelik.

- SEVAL KAHRAMAN, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - paramedikseval@hotmail.com
- Prof. Dr. RUKİYE PINAR, T.C. Marmara Üniversitesi, İSTANBUL - rukiypinar@hotmail.com
- Dr. GÜRKAN URAL, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - gurkanural@yahoo.com
- Prof. Dr. OSMAN CEYHAN, T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Kayseri - oscey@erciyes.edu.tr

## HEMŞİRELERDE İŞ TATMİN DÜZEYİ

**G.URAL, S. KAHRAMAN, O. CEYHAN, A. GÖKTAŞ, Ö. KOÇ**

### Giriş ve Amaç

Bu araştırma: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Klinikleri'nde çalışan hemşirelerin iş tatmin düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde çalışan 100 hemşire üzerinde anket ve yüzyüze görüşme yöntemiyle. 15.05.2008-15.06.2008 tarihleri arasında Porter İş Tatmin Ölçeği Kullanılarak Yapılmıştır. Bu araştırma amacına göre tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma da kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İstatistiksel analizde Kruskal Wallis varyans Analizi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %50.0'ı 30-39 yaşlarında, %42.0'ı bekar ve %40.0'inin çocuğu yoktur. %50.0'ı Lise ve dengi okul mezundur. Hemşirelerin %30.0'ı nöroşirurji kliniği servislerinde görev yapmakta olup %75.0'ı kadrolu statüde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin organizasyonel tatmin unsurlarına ilişkin düşünceleri yaşa göre dağılımı incelendiğinde: yalnızca işin toplumsal saygınlık kazandırması ve yöneticilerin çalışan tatmini için çaba sarf etmesi konusunda anlamlı fark saptanmıştır. İşin toplumsal saygınlık kazandırma durumu, 30-39 yaş grubunda olan hemşirelerde ortanca değerde ama daha yüksek bulunmuştur (X $\bar{S}$ :7.21 p:0.027). Yöneticilerin çalışanların iş tatmini için çaba sarf etmesi konusunda da 40-49 yaş grubunda olanların puanları daha yüksektir (X2:7.57 p:0.022). Araştırmaya katılan hemşirelerin organizasyonel tatmin unsurlarına ilişkin düşünceleri medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde: hemşirelerin çalışma arkadaşları ile anlaşabilme (X2:5.32 p:0.021), yöneticilerle iş ilişkileri (X2:4.56 p:0.032), işyerinin verimli çalışması (X2:8.56 p:0.003) ve çalışanlar arası görev belirginliği (X2:8.01 p:0.004) konularında daha fazla tatminli oldukları ve evli olan hemşirelerin bekarlara göre tatmin puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Görev dağılımı adaleti (X $\bar{S}$ :3.89 p:0.048) ve yapılan işin takdir edilmesi (X2:19.31 p:0.000) konularında yine evli olanların Araştırmaya katılan hemşirelerin organizasyonel tatmin unsurlarına ilişkin düşünceleri çocuk sahibi olmalarına göre incelendiğinde: çalışma arkadaşları ile anlaşabilme konusunda hemşireler en fazla tatminlidir (X2:5.74 p:0.016). Araştırmaya katılan hemşirelerin organizasyonel tatmin unsurlarına ilişkin düşüncelerinin görev yerlerine göre dağılımında: işle ilgili araç-gereç durumu ve yöneticilerin yönetim bilgisi konusunda yalnızca nöroşirurji yoğun bakım çalışanların, işle ilgili kararlara katılma konusunda da yalnızca ameliyathane çalışanların tatmin puanları yüksektir (p<0.05).

### Sonuç

Hemşirelerin iş doyum düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir. 1.Hemşirelerin genel iş doyum puanı 43.6 ± 12.5'dir. Bu düşük düzeyde bir puandır. 2.Hemşirelerde en yüksek doyum sağlanan iş boyutları sırasıyla ekip çalışması, fiziksel koşullar, kuruma bağlılık ve güven ile işin kendisidir. En az doyum sağladıkları iş boyutları ise sırasıyla: ücret ve ödül sistemleri, birimler arası ilişkiler, çalışanların gelişimi ve örgüt kültürüdür. 2.Araştırma grubundaki hemşirelerden 30-39 yaş arasında olanlarda, toplam 21 yıl ve üstü hizmet süresi olanlarda, şuan bulunduğu kurumda 20 yıldan fazla süredir çalışanlarda, nöroşirurji hemşirelerinde, çocuk sahibi olanlarda birimden ayrılmayı düşünmeyenlerde, diğer gruplara göre doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. 3.Hemşirelerin genel iş doyum düzeyleri ve alt boyutlarının bağlantı analizlerinin değerlendirilmesinde genel iş doyumunu ile örgüt kültürü, kuruma bağlılık, ve işin kendisi arasında en güçlü ilişki saptanırken, çatışma çözme, birimler arası ilişkiler ve çalışanların gelişimi boyutu ile en zayıf ilişki saptanmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Hemşire, Sağlık Kurumu, İş Tatmini

- Dr. GÜRKAN URAL, BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İSTANBUL - gurkanural@gmail.com
- SEVAL KAHRAMAN, BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İSTANBUL - paramedikseval@hotmail.com
- Prof. Dr. OSMAN CEYHAN, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI ABD, KAYSERİ - oscey@erciyes.edu.tr
- ARZU GÖKTAŞ, BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İSTANBUL - arzugoktas@bakirkoyruhsinir.gov.tr

## ANKARA İLİ ETİMESGUT İLÇESİ BEŞ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ ALTI YAŞ ALTI ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AŞILAMA HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI

**F. N. AKSAKAL, M. N. İLHAN, S. AYCAN, A. UĞRAŞ DİKMEN, E. ARAS, S. ÖZKAN, I. MARAL, R. AYGÜN, M. A. BUMİN**

### Giriş ve Amaç

Bağışıklama çalışmaları aşı ile korunabilir hastalık ve ölümleri büyük oranda önlemekte ancak Dünya’da ve ülkemizde halen aşılamaya hizmetlerine ulaşamayan aşısız, eksik aşıli veya aşıya devamsız bireyler bulunmaktadır. Bu çalışmada, ebeveynlerin gebelik, bebek ve çocukluk döneminde aşı uygulamalarına ilişkin bilgi ve tutumlarının saptanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma Şubat 2008’de, Etimesgut ilçesindeki beş sağlık ocağında yürütülmüştür. Herhangi bir nedenle başvuran ve altı yaş altı çocuğu olan anne veya babalara yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada veriler Ki-Kare ve Fisher’in Kesin Ki-Kare testleri ile analiz edilmiştir.

### Bulgular

Araştırma kapsamında 381 kişiye anket uygulanmıştır. Bu kişilerin %80.1’i anne, %19.9’u babadır. İncelenenlerin %58.8’i 18-29 yaş grubunda, %99.2’si evlidir. Annelerin %32.8’i lise mezunu, %68.0’i ev hanımıdır. Babaların %39.6’sı yüksekokul/üniversite mezunu, %39.6’sı memurdur. İncelenenlerin çocuklarının sağlığı için önemsedikleri sağlık hizmetleri arasında %56.8 ile beslenme ilk sırada, %18.9 aşılamaya ikinci sırada bildirilmiştir. İncelenenlere, aşılamaya sağlık açısından önem sıralamasında kaçınıcı olduğu sorulduğunda %18.9’u birinci, %70.4’ü ikinci, %10.5’i üçüncü sırada olduğunu belirtmiştir. Katılanların %99.7’si aşılamaya sağlığın korunmasında gerekli ve önemli olduğunu, %88.2’si hangi hastalıklara karşı aşı yapıldığını bildiğini, %54.6’sı aşılar konusunda bilgiye kısmen sahip olduğunu, %64.6’sı aşıların yan etkisi olduğunu, %98.2’si sağlık ocağında aşı yapıldığını belirtmiştir. Bebeğin aşılarının doğumdan itibaren başladığını bilenlerin yüzdesi 61.3’tür. İncelenenler tarafından en fazla bilinen aşılar sırasıyla kızamık(%73.4), Hepatit B(%72.5), BCG(%71.6) ve Tetanos(%53.3)’tur. İncelenenlerin %55.4’ü doğum öncesi takiplerde, %58.8’i doğum sırasında aşılarla ilgili bilgi verildiğini belirtmiştir. İncelenenlerin %91.6’sı Sağlık Bakanlığı’nın aşılamaya için ücret almadığını, %91.6’sı doktoru tarafından bilgi verilirse ve gerekli olduğu söylenirse rutin aşı takvimi dışında ücretini karşılayacakları aşıları yaptırmayı düşüneceğini belirtmiştir. Katılımcıların %88.0’i aşıları sağlık ocağında yaptırmaktadır. Çocuğun aşılarının yapılma durumu sorulduğunda %69.2’si şu ana kadar tam yapıldı, %30.4’ü tam yapıldı, %0.4’ü eksik yapıldı cevabını vermiştir. Aşıları eksik yapılan çocukların eksik yapılma sebebi ise aşı kartının kaybolması olarak bildirilmiştir. Gebelikte takip edilen annelerin çocuklarına aşı yaptırmaya yüzdeleri daha yüksektir. İncelenenlerin %80.3’ü gebelikte aşı yapıldığını, %79.3’ü gebelikte tetanos aşısı yapıldığını bilmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça gebelikte tetanos aşısı yaptırmaya yüzdesi de artmaktadır.

### Sonuç

Aşılamaya çalışmalarında gerekli teknik altyapının ve personelin sağlanması yanında, kişilerin aşılamaya hizmetleri konusunda yeterli şekilde bilgilendirilip, aşının gerekliliğine inandırılması da büyük önem taşımaktadır. Bu tip çalışmalar bilgi eksikliklerinin saptanması ve hizmet planlanırken dikkate alınması açısından önemlidir.

### Anahtar Kelimeler

Aşılamaya, bilgi, tutum, ebeveyn

- Yrd. Doç. Dr. F. NUR AKSAKAL, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - naksakal@gazi.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. MUSTAFA N. İLHAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - mnilhan@gazi.edu.tr
- Prof. Dr. SEFER AYCAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - saycan@gazi.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. ASIYE UĞRAŞ DİKMEN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - drugras@mynet.com
- Arş. Gör. Dr. EVİN ARAS, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - drevinaras@yahoo.com
- Doç. Dr. SEÇİL ÖZKAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ozkans@gazi.edu.tr
- Doç. Dr. İŞİL MARAL, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - imaral@gazi.edu.tr
- Prof. Dr. REMZİ AYGÜN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - raygun@gazi.edu.tr



**BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN UYKU ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ****R. OĞUR, B. ÇİĞDEM, Y. KAÇAR, Ö. F. TEKBAŞ, H. İSTANBULLUOĞLU, B. BAKIR****Giriş ve Amaç**

Sağlıklı bir uykunun, insan bedeninin tüm fonksiyonları için olduğu kadar yaşam kalitesi için de vazgeçilmez olduğu, az veya çok uyumanın tıbbi sorunlara neden olabileceği ve uyku düzensizliğinin ders başarısını etkilediği bilinmektedir. Toplumda tıp fakültesi öğrencilerinin düzensiz veya az uyuyan bir kesim oldukları kanısı hâkimdir. Çalışmamızın amacı; GATA Askeri Tıp Fakültesi öğrencilerinin uyku ile ilgili sorunlarını ve bunların alışkanlıkları ile ilişkilerini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Bu tanımlayıcı çalışma GATA Askeri Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılmıştır. Örneklem seçimi yapılmadan tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenen çalışmada öğrencilerin %60.0'ına (390/650), ulaşılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu katılımcıların uyku sorunlarını, uyku saatlerini, kişisel alışkanlıklarını vb. değerlendirmeyi amaçlayan sorulardan oluşmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak tasnif edilmiş Ki-Kare testiyle değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Katılımcıların ortalama uyku saatleri hafta içi 6.59 haftasonu 9.15 saat olarak hesaplanmıştır. Gündüz uyuma, derste uyuma ve gece uyanıp ders çalışma sıklığı üçüncü sınıflarda diğer sınıflara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). "Az uyuyorum" şikâyetinin sıklığının birinci sınıflarda, "çok uyuyorum" şikâyetinin sıklığının ise altıncı sınıflarda diğer sınıflara göre anlamlı olarak yüksek olduğu değerlendirilmiştir ( $p<0.05$ ). Uyku sorunu olduğundan şikâyet edenlerin sıklığı birinci sınıflarda diğer sınıflara göre düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çeşitli alışkanlıkların uyku sorunu ile ilişkisi değerlendirildiğinde: sigara içen öğrencilerde uyku sorunu sıklığı içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Uyku sorunları için en çok kullanılan ilaç grubunun antihistaminik tabletler olduğu saptanmıştır.

**Sonuç**

Sonuç olarak: tıp fakültesi öğrencilerinin öğrenim hayatlarında uyku sorunları yaşadıkları görülmüştür. Tıp fakültesi eğitimi sırasında yaşanan bu tarz düzensizliklerin öğrencilerin okul ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkileyebileceğinden uyku sorunu yaşayan öğrencilere yönelik danışmalık ve rehabilitasyon hizmeti sağlanmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

tıp eğitimi, uyku alışkanlıkları, uyku sorunları

- Doç. Dr. RECAİ OĞUR, GATA HALK SAĞLIĞI A.D. - rogur@gata.edu.tr
- Dr. BERAT ÇİĞDEM, GATA
- Dr. YUNUS KAÇAR, GATA
- Doç. Dr. ÖMER FARUK TEKBAŞ, GATA ÇEVRE SAĞLIĞI B.D.
- Arş. Gör. HAKAN İSTANBULLUOĞLU, GATA HALK SAĞLIĞI A.D.
- Doç. Dr. BİLAL BAKIR, GATA HALK SAĞLIĞI A.D.

**ERBAŞ VE ERLERİN AYAK HİJYENİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ****Ö. F. TEKBAŞ, H. ÇAKMAK, O. YILMAZ, E. SEYHAN, E. ARICI, G. ÖZ, D. AKPUNAR, Y. TAŞDEMİR****Giriş ve Amaç**

Ayak sağlığı, TSK'nde görev yapan erbaş ve erlerin görevlerini etkin bir şekilde icra edebilmeleri açısından önemli bir faktördür.

Bu çalışmada, erbaş ve erlerin ayak hijyeni ve sağlığı ile ilgili bilgilerin saptanılması yanında bu konuda yapılacak olan sağlık eğitimlerine yol göstermek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, bir askeri birlikte görev yapan 475 erbaş ve erin 83'üne soru formu uygulaması şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Soru formu sosyodemografik özellikler içeren 10 adet, ayak hijyeni konusunda bilgi düzeyini ölçmeye yarayan 20 adet sorudan oluşmaktadır.

Verilerin analizi SPSS 11 for Windows istatistik paketi ile yapılmıştır.

**Bulgular**

Katılımcıların %9.6'sı evli, %24.1'i üniversite mezunudur. Katılımcıların %12.0'si köyde, %48.2'si büyükşehirde yaşamaktadır. Çalışmaya katılanların %20.4'ünün ailesi 7 ila 13 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %1.2'si evinde su olmadığını, %2.4'ü banyonun evin dışında olduğunu, %10.8'i ise tuvaletin evin dışında olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların %57.8'i ayak tırnaklarını yarım ay şeklinde kesmektedir. Bunun yanında %41'i pamuklu çorap tercih etmediğini, %43.4'ü mantar hastalığının bulaşma yollarıyla ilgili bilgi sahibi olmadığını, %30.1'i ayaklarını yıkadıktan sonra kurulamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %68.8'i ayağının günde 10 ila 15 saat ayakkabı içerisinde kaldığını belirtmiştir. Tanı konulmuş ayak rahatsızlığı bulunanlar %26.7 olup bunların %39.1'inin mantar hastalığı, %26.3'ünün nasır, %15'inin tırnak batması olduğu saptanmıştır.

Katılımcılara ayak hijyeni konusunda yöneltilen sorulardan elde edilen bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde %62.7'sinin "başarılı" olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunlarında "başarılı" kişi sayısı %85 olup diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur (p<0.05). Evli olanların %75'i, bekarların %61.3'ü başarılı bulunmuştur (p>0.05) Katılımcıların yaşadığı yer, ailedeki kişi sayısı, yaşadığı evin konfor düzeyi ve ailesinde sağlık personeli olup olmaması ile katılımcıların konuyla ilgili bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

**Sonuç**

Araştırmanın sonunda erbaş ve erlere ayak hijyeni konusunda sağlık eğitim broşürü hazırlanarak dağıtılmıştır.

Ayakların hergün su ile, üç günde bir sabun ve su ile yıkanıp kurulanması gerektiğini bilenlerin sadece %12 olduğu göz önüne alınırsa, erbaş ve erlerin bu konuda eğitilmelerinin önemi anlaşılacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Erbaş ve erler, ayak bakımı, ayak mantarı, ayak hijyeni

- Doç. Dr. Ömer Faruk TEKBAŞ, GATA Tıp Fak. Halk Sağ. A.D.
- Arş. Gör. Dr. Hamza ÇAKMAK, GATA Tıp Fak. Halk Sağ. A.D. - hamzackmk@hotmail.com
- Oya YILMAZ, GATA Hemşirelik Y.O Öğrencisi

**EVLİLİK EĞİTİMİ ALAN ÇİFTLERİN EVLİLİĞE İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI****E. ÇEBER, A. BİLGE, G. MERMER, U. YÜCEL, A. EKŞİOĞLU, M. DEMİRELÖZ, Z. BAYKAL****Giriş ve Amaç**

Evlilik aile kurumunun oluşturulmasını sağlayan toplumsal bir ritüeldir. Aile ise üyelerden oluşan toplumun en küçük kurumdur. Aile içi yaşanan sorunlar nedeniyle çiftler evlenme kararı aldığı gibi, boşanma kararı da alabilmektedir. Yapılan çalışmalar çiftlerin %10'unun uyum sorunu yaşayarak boşandığını bildirmektedir. Ülkemizde özellikle İzmir'de bu değer %20'dir. Boşanma, aile üyelerine ruhsal olarak depresyon, anti-sosyal kişilik yapısı, bedensel olarak immün sistem bozukluğu, sosyal olarak ise yoksulluk gibi durumlar yaşatabilmektedir. Bu nedenle: çiftlerin evlilik kararı alması ile aile kurumunun sağlıklı sürdürülmesine katkı sağlayacak olan evlilik öncesi evlilik eğitimi alması önemlidir.

Bu çalışmanın amacı: Ege Üniversitesi "Halkın Üniversitesi" çalışması kapsamında, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova Belediyesi ve Türkiye Aile Planlaması İzmir Şubesi işbirliği ile yürütülen "Evlilik Eğitimi Alan Çiftlerin Evliliğe İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları" konulu projeyi tanıtmaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Proje evlilik eğitimi alan çiftlerin evliliğe ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile planlanan bir müdahale araştırmasıdır. Araştırmanın evrenini İzmir ili Çamdibi ve Altındağ mahallerinde yaşayan ve evlenmek için Bornova Belediyesi Çamdibi şubesi ve Altındağ şubesi evlendirme memurluğuna 01.11.2007-23.05.2008 tarihleri arasında başvuran ve projeye katılmayı kabul eden çiftler oluşturmaktadır.

Veri toplama işlemi evlilik öncesi sağlık danışmanlığı yapacak eğitilmiş ebe öğrenciler (17 öğrenci ebe) tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Araştırma verileri: danışmanlık için belirtilen merkezlere evlilik için başvuran çiftlere başvuruları sırasında uygulanan soru formu ve bilgi düzeyleri ile ilgili veriler: evlilik öncesi sağlığa ilişkin bilgi değerlendirme formu ile toplanmıştır. Soru formu uygulaması ardından çiftlere evlilik öncesi sağlık danışmanlığı standardize edilmiş eğitim formatı ile öğrenci ebeler tarafından verilmiştir. Öğrenci ebeler: araştırma öncesi gönüllülük esasına göre seçilmiş ve evlilik öncesi sağlık danışmanlığı konusunda; akraba evliliği, kan uyuşmazlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, aile planlaması, HIV/AIDS, kalıtsal hastalıklar, talasemi, hepatit ve cinsellik, iletişim, evlilik mitleri, roller, baskınlık, duygular ve sorunlar ile baş etme stratejileri konularında toplam 20 saat eğitim almışlardır. Öğrenciler, eğitim sonrası rol-playing tekniği ile Bornova Belediyesi Sağlık ve Sosyal İşler Müdürlüğü temsilcileri ve Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları tarafından değerlendirilmiştir. Projenin bölge halkına tanıtımı poster, broşür ve el ilanları ile Bornova Belediyesi tarafından sağlanmıştır.

**Bulgular**

Proje kapsamında toplam 171 çift evlilik eğitimi programına alınmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) paket programında gerçekleştirilecektir. Çiftlere ilişkin tanımlayıcı bulguların sayı ve yüzde dağılımları, çiftlerin öntest-sontest bilgi puan ortalamaları karşılaştırılacak ve öntest-sontest bilgi puan ortalamalarını etkileyen etmenler değerlendirilecektir.

**Sonuç**

Evlilik öncesi danışmanlık konusundaki çalışmaların; sağlık personelinin ve özellikle ebelerin desteğiyle başlatılması, evlenecek çiftlerin sağlıklı bir birlikteliğe adım atmasına katkıda bulunacak ve çiftlerin evlilik ile birlikte gelişebilecek üreme sağlığı ve evliliğe bağlı ruh sağlığı sorunlarının da önüne geçilmesi sağlanacaktır.

Proje üniversite, sivil toplum örgütü ve yerel yönetimle sektörler arası işbirliği ile gerçekleştirilmiş. Sağlık hizmetleri sunumunda hizmetin sürekliliği ve ulaşılabiliği önemlidir. Proje aşamasında eğitim verilen merkezlerde evlilik öncesi danışmanlık için birim açılmış ve Bornova Belediyesi tarafından birimde danışmanlık hizmeti verecek ebe alınmıştır. Böylece süreklilik sağlanmış olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Evlilik eğitimi, evlilikte üreme sağlığı, evlilikte ruh sağlığı.

• Doç. Dr. ESİN ÇEBER, EGE ÜNİVERSİTESİ İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEK OKULU - esin.ceber@ege.edu.tr

## HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİNİN TIPTA UZMANLIK SINAVI (TUS) HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Ali Naci YILDIZ, Mehmet KURT, M. Şefa ÖKTEN, Sefa ÖZCAN, Nurdan ÖZDEMİR, Fehminaz TEMEL

### Giriş ve Amaç

Tıp eğitiminin önemli bir basamağı olan Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) hekimlerin meslek hayatında önemli bir dönüm noktası oluşturmaktadır. Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI öğrencilerinin TUS hakkındaki görüşleri değerlendirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan çalışmada araştırma grubunu, Nisan 2008 döneminde HÜTF Dönem VI öğrencisi olan toplam 264 kişiden Kırsal Hekimlik Stajı yapan 40 ve dışarda staj yapan 13 öğrenci dışındaki 211 kişi oluşturmaktadır, anketi 185 kişi yanıtlamıştır (%87,6). Veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Analizlerde yüzde dağılımları ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması  $24,1 \pm 0,9$  yıldır, %45,9'u kendi isteği ile tıp fakültesine girmiştir, %69,1'i TUS'u çok zor ya da zor olarak değerlendirmiştir. TUS için, son bir ayda günde ortalama  $2,8 \pm 2,2$  saat çalışmaktadırlar. Uzman hekim olmak isteyenler çoğunluktadır (%67,6), yaklaşık yarısı (%48,0) ders çalışmak için uygun ortam bulamadığını belirtmiştir, %68,3'ü istediği yeri kazanma olasılığının %50 ve daha fazla olduğunu düşünmektedir. Uzmanlık alanı olarak tercih edilen ilk 5 alan Pediatri (%14,5), Kardiyoloji (%13,9), Kadın Doğum (%12,1), Göz (%12,1) ve Kulak Burun Boğaz Hastalıklarıdır (%9,3). TUS'a hazırlanırken en çok bilgi eksikliği olduğu düşünülen ilk 5 alan ise şunlardır: Farmakoloji (%76,9), Biyokimya (%56,1), Pediatri (%34,7), Anatomi (%30,1), Mikrobiyoloji (%22,5). TUS'a hazırlık çalışmalarında, öğrencilerin %98,3'u TUS'a özel kaynakları kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin %56,1'i TUS dershanelerine gitmiştir veya halen gitmekte olduğunu belirtmiştir. TUS'da alacakları puana tıp eğitiminin katkısını dershaneye gitmeyenler ortalama  $30,6 \pm 18,5$ , dershaneye gidenler  $24,6 \pm 12,0$  olarak belirtmiştir. Annesinin öğrenim düzeyi lise ve üstü olanlar, kadımlar, annesi gelir getiren işte çalışanlar, ekonomik durumunu çok iyi ya da iyi olarak değerlendirenler, mezuniyet sonrası tercihi uzman hekim olmak ya da akademik kariyer yapmak olanlar diğerlerine göre daha yüksek sıklıkta dershaneye gitmektedir ( $p < 0,05$ ). Evde kalanlar, okuldan memnun olanlar, okul ortalaması A olanlar diğerlerine göre daha yüksek sıklıkta ilk girecekleri TUS'u kazanma ihtimalini %50 ve üzerinde düşünmektedir ( $p < 0,05$ ).

### Sonuç

TUS hazırlık sürecinde olan öğrencilere tıp eğitimlerini aksatmayacakları ve dershanelere ihtiyaç duymayacakları şekilde uygun çalışma olanaklarının sağlanması, bilgi eksikliği olduğu düşünülen alanların değerlendirilmesi faydalı olacaktır.

### Anahtar Kelimeler

Tıpta Uzmanlık Sınavı, Tıp öğrencisi, Tıp Eğitimi

\* Makalesi, Hacettepe Tıp Dergisi'nde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

- Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - alinaciildiz@gmail.com
- Dr. Mehmet KURT, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. M. Şefa ÖKTEN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Sefa ÖZCAN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dr. Nurdan ÖZDEMİR, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - fehminaz@yahoo.com

## HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TERAPİ (TAT) YÖNTEMLERİ YER ALMALIMI? HEMŞİRE ÖĞRENCİLER NE DÜŞÜNÜYOR?

**Bilge TOPUKSAK, Gülümser KUBLAY**

### Giriş ve Amaç

Çalışmanın amacı Tamamlayıcı ve Alternatif Terapi (TAT) yöntemlerinin hemşirelik eğitimindeki yeri ve hemşire öğrencilerin TAT yöntemleri hakkındaki bilgi, düşünce, beklenti ve kişisel kullanım düzeylerini belirlemektir. TAT'ın tüm dünyada giderek artan oranda sağlık profesyonelleri tarafından kullanımı bu terapileri hemşirelik eğitimine dahil etme tartışmalarına sebep olmaktadır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini, 2007-2008 eğitim-öğretim yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümüne kayıtlı hemşire öğrenciler oluşturmuştur. Çalışmada anket yöntemi uygulanmıştır. Hemşire öğrencilerin Masaj, Biyoelektromanyetik terapiler, Yoga, Aromaterapi, Meditasyon, Hipnoz Destek grupları, Akupunktur, Törapatik dokunuş, Hayal kurma, Rahatlama teknikleri, Bitkisel ürünler, Vitaminler, Dua, Müzik terapisi, Diyet gibi TAT uygulamaları hakkında, kullanma, faydalı bulma, hastalara önerme ve bilgi düzeyleri incelenmiştir.

### Bulgular

Hemşire öğrenciler mevcut tıp uygulamaları ile TAT uygulamalarının tamamen bütünleşmesi gerektiğine inanmaktadır (%80), hemşire öğrencilerin %15'i kararsız olduklarını belirtirken %5'i kesinlikle mevcut tıp uygulamaları ile TAT uygulamalarının bir araya gelemeyeceğini düşünmektedir. Öğrencilerin %52'si sağlık profesyonellerinin hastalarına TAT yöntemlerini tıbbi tedavide önerebilmelisi gerektiğini düşünmektedir. TAT uygulamalarından tıbbi tedavide yararlanması gerektiğine inanç (%68) hemşire öğrenciler arasında yaygındır. Hemşire öğrenciler arasında TAT uygulamalarının batı tıbbi ile test edilmesi gerektiği yönünde bir inanç bulunmaktadır (%66).

Hemşire öğrencilerin TAT yöntemleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarında annenin eğitim seviyesi istatistikî olarak anlamlıdır ( $p>0.01$ ). Anne eğitim seviyesi düşük öğrenciler örneğin Bitkisel Terapi Yöntemleri hakkında daha fazla bilgiye sahiptir.

Hemşire öğrencilerin % 54'ü TAT uygulamalarını toplum sağlığı için bir tehdit olarak görmediğini belirtmiş ve TAT uygulamalarının Hemşirelik müfredatında yer alması gerektiğine inanmaktadır (%58).

Hemşire öğrencilerin %90'ı TAT uygulamaları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir.

### Sonuç

Hemşire öğrenciler TAT ile mevcut tıp uygulamalarının bütünleşmesi gerektiğine inanmakta ve terapi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak istemekte ve lisans eğitiminde bu yöntemlerin yer alması gerektiğini belirtmektedir. Hemşire öğrenciler Alternatif tıp uygulamalarından bazılarının mevcut tıp uygulamaları ile bütünleşmesi gerektiğine inanmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Tamamlayıcı ve Alternatif Terapi Yöntemleri, Hemşire öğrenciler, Hemşirelik eğitimi

- Arş. Gör. BİLGE TOPUKSAK . HACETTEPE ÜNİV. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ A.D. - bilget07@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. GÜLÜMSER KUBLAY, HACETTEPE ÜNİV. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ A.D. - gulumser@hacettepe.edu.tr

## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI HEKİMLERİN YASAL SORUMLULUKLARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

N. VAROL, N. CAĞLAYAN

### Giriş ve Amaç

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, tedaviyi belirleyen kişi olarak hekimlerin hastalar karşısındaki sorumluluğu, her zaman en yüksek düzeyde olmak zorundadır. Bu çalışma Hasta-hekim ilişkisinde hekimin güven niteliğini oluşturan, mesleksel özelliğinin toplum sağlığı açısından önemini ortaya koymak üzere planlanmıştır. Özellikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının kendi alanlarında meslek sorumluluklarının niteliğini tespit etmek ve eksik noktaları belirlemeyi amaçlamıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmamız tanımlayıcı tiptedir. Evreni Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) İstanbul şubesine üye olan 543 uzman hekim oluşturmuştur. Kadın Hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerin şikayet edilme prevalansı adli istatistikler dikkate alındığında % 35'tir buna göre örnek büyüklüğünü 91 hekim oluşturmuştur. Uzman hekimlerin yasal sorumluluğu konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanan anket basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiş 91 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekime uygulanmıştır. Veriler SPSS 11.0 versiyonunda, tanımlayıcı ve ki kare testleri ile analiz edilmiştir.

### Bulgular

Yaş ortalaması 41.7 olan hekimlerin meslekte çalışma süreleri 17.4 yıl olup uzmanlık alanında çalışma süreleri ortalama 13 yıldır. % 58 i erkek olan hekimlerin, % 40.7 si İstanbul Tıp Fakültesi olmak üzere % 80 i İstanbul, Ankara gibi iki büyük ildeki eski ve köklü tıp fakültelerinden mezun olmuşlardır. Hekimlerin % 75.8 i sağlık mevzuatını çok az, % 13.2 si hiç bilmediklerini söylemişlerdir. Günde ortalama 33.3 jinekolojik hasta bakarken, yine ortalama 26.4 obstetrik nedeni hasta baktıklarını bildirmişlerdir. Araştırmaya katılanların % 27.5'i doğum komplikasyonlarını, % 24.4 ü kanamaları, % 10'u enfeksiyonları ve % 9'u omuz takılmasını en sık komplikasyon nedeni olarak ve ifade etmişlerdir. % 27.5 hekim tedavi öncesi aydınlatılmış onamı alma şekillerini doğru ifade edebilirken, % 72.5 hekim bu konuda yanlış ve eksik tutum içinde olmuşlardır. Hekimlerin sadece % 24.2'sinin, hastalarını standartlara uygun muayene edebildiklerini söylemişlerdir. Hekimin hastasına karşı yerine getirmek zorunda oldukları en önemli edimi konusunda sadece % 57.2 si hastasına karşı bir borç içinde olduğunun farkındadır. Hastalarını standartlara uygun muayene edebilme durumları için verdikleri bilgiye göre; % 24.2 hekim standartlara uygun muayene edebildiğini ifade ederken, %16.5 hekim kısmen edebildiğini belirtmiştir ve sağlık mevzuatı bilgi düzeyinin az olması ile bu durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.(p= 0.008).

### Sonuç

TJOD İstanbul şubesine üye 91 Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının mesleksel sorumluluğunu belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada bilgi, tutum ve davranışlarının eksik olduğu saptanmıştır.

Özellikle hastaları ile aralarında bulunan karşılıklı borç ilişkisi içinde daha yüksek özen içinde uygun standartlara göre muayene yapmaları gereken hastalarına karşı ayırdıkları zaman çok kısadır. Çok kısa sürede çok fazla hasta bakarak riski artırmaktadırlar. Yüksek sağlık şurası ve adli tıp kurumu istatistiklerine göre % 35 olan şikayet edilme oranı bu çalışmada % 45 gibi daha yüksek bulunmuştur.

### Anahtar Kelimeler

Sağlık hukuku, sağlık eğitimi, sorumluluk,

- Yrd. Doç. Dr. Nezi VAROL, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fak. - nezihvarol@yahoo.com
- Neslihan CAĞLAYAN, Marmara Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı - neslihan.caglayan@yahoo.com

**KAYSERİ İL MERKEZİNDE YER ALAN İLKÖĞRETİM OKULLARININ 6.,7., VE 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UYKU SÜRESİ OKUL BAŞARISINI ETKİLEMEKTE MİDİR?****D. ÜNALAN, A. ÖZTÜRK, M. AKSU, S. İSMAİLOĞULLARI, N. AKGÜL****Giriş ve Amaç**

Okul çağı çocuklarında okul başarılarını etkileyen durumlar halk sağlığı alanında giderek artan bir ilgi görmektedir. Çalışmamızın amacı: ilköğretim öğrencilerinin uyku alışkanlıklarını belirlemek, uyku süresi ile okul başarısı arasındaki ilişkiyi saptamaktır

**Gereç ve Yöntem**

Kayseri İl Merkezinde 132 ilköğretim okulunun 6.,7. ve 8. sınıflarında okuyan toplam 93.108 öğrenci mevcuttur. Kesitsel tipteki bu çalışma, Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında, Kayseri il merkezinde yer alan 12 ilköğretim okulunda 6.,7. ve 8. sınıflarında okuyan 2020 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Çalışmada örneklem büyüklüğü: uyku bozukluğu görülme sıklığı (%25) referans değeri alınarak,  $\alpha=0.05$ , güç (1- $\beta$ ) = 0.80 ve etki büyüklüğü (0.25\*0.11= 0.025) olması durumunda 2020 öğrenci olarak hesaplanmıştır. 2020 öğrenciye olasılıklı örnekleme yöntemi ile anket formu sunulmuş, 1966 (% 82.5)'i çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Anket formunda öğrenciye anne veya babaya 35 çaktan seçmeli ve açık uçlu soru sorulmuştur. Çalışmada okul başarısı, karne notuna göre değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Öğrencilerin hafta içi günler için uyku süresi ortalama  $8.86 \pm 1.10$ , ortanca 9 (5-12.45) saattir. Öğrencilerin % 47.8'i sabahları uyanmakta zorlanmakta, % 46.3'ü gece uyandığında şaşkın olmakta, % 45.1'i kabus görmekte, %31.0'ı gün boyu uykulu olmakta ve gündüz uyuma ihtiyacı hissetmektedir. Öğrencilerin uyku süresi  $\leq 8$  saat, 8.1-8.9, 9.0-9.9 ve  $\geq 10$  saat şeklinde kategorize edildi. Uyku kategorileri  $< 10$  saat olan öğrencilerin fen dersinde başarısız olma riski uyku süresi  $\geq 10$  olanlara göre OR: 0.34-0.54 (%95 GA: 0.18-0.65, 0.34-0.86, 0.27-0.81), matematik dersinde OR: 0.35-0.55 (%95 GA: 0.26-0.74, 0.22-0.55, 0.34-0.89) kat daha azdır., Türkçe dersinde ise uyku süresi 8.1-8.9 arasında uyuyanların  $\geq 10$  uyuyanlara göre başarısız olma riski OR: 0.45 (%95 GA: 0.24-0.86) kat daha azdır. Uygulanan korelasyon analizi sonucunda uyku süresi ile Türkçe ( $r=-0.65$ ,  $p=0.025$ ) ve Fen dersi ( $r=-0.061$ ,  $p=0.036$ ) başarı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

**Sonuç**

Öğrencilerde uyku süresi  $\geq 10$  çıktığında öğrencilerin başarı durumu olumsuz olarak etkilenmektedir. Öğrencilerin uyku sürelerinin yeterli olması okul başarısını olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler**

Öğrenciler, okul başarısı, uyku süresi

- Yrd. Doç. Dr. Demet Ünalın, Erciyes Üniversitesi - dunalan@erciyes.edu.tr
- Öğr. Gör. Dr. Ahmet Öztürk, Erciyes Üniversitesi - ahmets67@hotmail.com
- Prof. Dr. Murat Aksu, Erciyes Üniversitesi - aksu@erciyes.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Sevdâ İsmailoğulları, Erciyes Üniversitesi - sevdademirci@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Nilgün Akgül, Erciyes Üniversitesi - nilgunakgul@mynet.com

## MİTOLOJİDEN GÜNÜMÜZE TIBBIN SEMBOLÜ; YILAN

Ülken Tunga BABAOğLU

### Giriş ve Amaç

Tıbbın gelişimi her zaman toplumsal koşullara bağlı kalmış, eskiçağların felsefeleriyle birlikte; içgüdüler, dinsel inanışlar, gizemcilik sağlık bilimlerinin gelişmesinde etkili olmuşlardır. Bu durum günümüzde kullanılan tıp sembollerindeki farklılıkları da açıklamaktadır.

İnsanlar, ilkeçağlardan itibaren günümüze kadar hayvanlar ile ilgili olarak değişik inanışlara sahiptirler. Bu inanışlar, doğu ve batı mitolojisinde hayvan öğesine çok fazla yer verilmesine ve kullanılmasına neden olmuştur. Kanatlılar, balıklar, yılan ve mitolojik hayvanlar en fazla kullanılan sembollerdir. İnsanoğlu, korku, hayranlık ve saygı duyduğu bu hayvanlar nedeni ile tanrılarını hayvan biçimli varlıklar olarak kabul etmiştir.

Yılan, soğuk, sevimsiz ve nefret edilen bir hayvan olmasına, bazı toplumlar tarafından insanoğlunun cennetten kovulmasının nedeni olarak görülmesine rağmen, Sümerlerden başlayarak günümüze kadar, hekimlik, veterinerlik, diş hekimliği, eczacılık ve hemşirelik mesleklerinin kısacası tüm tıp biliminin sembolü olarak kullanılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Derleme türündeki bu çalışmanın materyali, sağlık ve mitolojiyi konu edinmiş, Türkçe ve Yabancı dillerde yazılmış yayınlardan oluşmaktadır. Bu kaynaklardan elde edilen bilgiler ışığında, hekimlik (tıp, veterinerlik, diş hekimii, eczacı, vb) sanatının sembolü olan yılanın mitolojik öyküsü anlatılmıştır.

### Bulgular

Mitolojideki ilk sağlık tanrısı olan Asklepiyon'un "asaya sarılı tek yılan" iki bin yılı aşkın süredir tıp sembolü olarak kabul edilmektedir. Buna karşın yirminci yüzyılın başlarında Hermes'in çift yılanlı Caduceus'u da, ilgili çeşitli mitolojik hikâyelerin hastalık-sağlık ile ilişkilendirilmesi sonucu tıp sembolü olarak kullanılmaya başlanmıştır. Efsanelerin, mitolojik hikâyelerin yüzyıllar içinde kulaktan kulağa aktarılırken değişmesi, çeşitlenmesi, kültürlere göre farklı yorumlar katılması bu gibi çeşitliliklere neden olabilmektedir.

### Sonuç

Türk Tıp Tarihinin kurucusu sayılan Prof. Dr. Süheyl Ünver tarafından Çankırı Darüşşifasında bulunan bir taş üzerindeki çifte yılan sembolü Türk hekimliğinin sembolü olarak önerilmiş ve 1937 yılında kabul edilmiştir. 1956 yılında ise Dünya Tıp Cemiyeti iki yılan figürünü Dünya Tıp Birliğinin sembolü olarak benimsemiştir.

### Anahtar Kelimeler

Mitoloji, yılan, asklepios, hermes, tıp sembolü

• Ülken Tunga BABAOğLU, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - ulkentunga@yahoo.com



**SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN GEBE VE EMZİKLİ KADINLARDA ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ VE EMZİRME KONUSUNDA YAPILAN EĞİTİMİN BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ**

Ö. Faruk TEKBAŞ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Ece AKKOÇ, Fatma GÜLDARTAR, Eda ÖZGÜN, Neslihan KARAPINAR, Tuğba YÜKSEL, Fatoş AVCI.

**Giriş ve Amaç**

Anne sütü bebeğin gereksinim duyduğu besinleri uygun miktar ve kalitede içeren tek fizyolojik gıdadır. Anne sütü bebeği enfeksiyonlardan korumakta, bebek gelişiminde mutlak gerekli esansiyel yağ asitlerini içermekte ve beyin gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışma gebe ve emzikli kadınlarda anne sütünün önemi ve emzirme konusunda yapılan eğitimin bilgi düzeyine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yürütülmüştür.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmamız müdahale tipi araştırma olarak planlanmıştır. GATA Kadın Doğum Kliniğine başvuran 45. Etilik Doğumhane'ne başvuran 25 olmak üzere toplam 70 gönüllü kadın üzerinde yapılmıştır. Katılımcılara anket formlarının başında yazılı ve anket uygulaması sırasında sözlü olarak araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bilgi düzeyleri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formları kullanılarak "gözlem altında anket uygulama tekniği" ile tespit edilmiştir. Anket formları 19 tanesi sosyodemografik özellikleri 13 tanesi bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 32 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından broşür olarak hazırlanan eğitim materyalleri ilk anket uygulaması sonunda katılımcılara verilmiş, sonrasında anket uygulaması yinelenerek bilgi düzeylerinin değişimi değerlendirilmiştir. 26 tam puan üzerinden 20 puandan düşük alanların bilgileri yetersiz kabul edilmiştir. Elde edilen verilerin analizleri SPSS 11.0 programında yapılmıştır. Sorulara eğitim öncesi ve sonrası hesaplanan toplam bilgi puanı ortalamaları arasındaki fark hesaplanmış gruplar normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığı değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Katılımcılardan 54 (%77.1) kişi 30 yaşını aşmamıştır, 34 (%48.6) katılımcı il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcılardan okuma-yazma bilmeyen yoktur, 12 (%17.1) kişi yüksek okul mezunudur. Katılımcılardan büyük şehirde yaşayanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam bilgi puanı ortalaması 21.7 olarak bulunmuş, köyde yaşayanların toplam bilgi puanı ortalaması ise eğitimle beraber 19.8'den 20.0'a yükselmiştir. Katılımcılardan meslekleri memur ve iş kadını olanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam bilgi puanı ortalaması değişmemiş sırasıyla 22.6 ve 26.0 olarak bulunmuş, çalışmayanların toplam bilgi puanı ortalaması 20.1'den 20.3'e yükselmiştir. Katılımcılardan ilkököl terk olanlarda eğitim öncesi 17.5 olan toplam bilgi puanı ortalaması eğitim sonrasında 17.0'a düşmüş, ilkököl mezunu olanlarda ise 20.8'den 20.9'a yükselmiştir. Yükseköğöl mezunu katılımcılarda ise eğitim öncesi 22.4 olan toplam bilgi puanı ortalaması değişmemiştir. Yapılan analizler sonucunda eğitim öncesi ve sonrası verilen toplam bilgi puanı ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0.05).

**Sonuç**

Sonuçlar doğrultusunda annelerin emzirmenin zamanı, sıklığı ve anne-bebek ilişkisindeki rolü konularında bilgi eksiklerinin olduğu ve bu konularda bilgi almak istedikleri değerlendirilmiştir. Bu noktadan hareketle; doğum öncesinden başlayarak tüm gebelere, eğitim düzeyleri ve bireysel farklılıkları göz önünde bulundurulmak koşuluyla, konuyla ilgili bilgi verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Anne sütü, bebek beslenmesi, bilgi düzeyi.

- Doç. Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, GATA - ftekb@yaho.com
- Arş. Gör. Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA - h.istanbulluoglu@hotmail.com
- Ece AKKOÇ, GATA
- Fatma GÜLDARTAR, GATA
- Eda ÖZGÜN, GATA
- Neslihan KARAPINAR, GATA

**TIP FAKÜLTESİ ÖğRENCİLERİNİN GÖRDÜKLERİ DERSLERİN KENDİLERİNDEKİ HASTALIK ALGILARINA ETKİSİ****C. YEğİNER, C. H. AÇIKEL, S. KILIÇ, M. HASDE****Giriş ve Amaç**

Bu araştırmanın amacı, tıp fakültesi öğrencilerinin aldıkları derslerin, kendilerinde olduğunu düşündükleri hastalıkları etkileyip etkilemediğinin araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, araştırmanın evrenini GATA Tıp Fakültesi 4ncü, 5nci ve 6ncı sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. GATA Tıp Fakültesi 4.5 ve 6ncı sınıfında okuyan tıp fakültesi öğrencilerinin tümü araştırma grubunu oluşturmuş, ayrıca örnek seçimi yapılmamıştır. Toplam 331 öğrenciden 219'u çalışmaya katılmıştır (%66.2). Araştırmada 17 sorudan oluşan ve araştırmacı tarafından geliştirilmiş anketler kullanılmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamına SPSS 10.0 aracılığıyla aktarılmış ve analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzdeler verilmiştir.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan 219 tıp fakültesi öğrencisinin, 70 tanesi (%32) 4ncü sınıf, 90 tanesi (%41.1) 5nci sınıf, 59 tanesi de (%6.9) 6ncı sınıftır. Katılımcılardan 75 öğrenci (%34.2), kendisinde hastalık olduğunu düşünürken, 144 öğrenci (%64.8) kendisinde hastalık düşünmediklerini dile getirmişlerdir. Kendisinde hastalık olduğunu düşünen 75 kişinin 41'i, kendilerinde olduğunu düşündükleri hastalıkların gördükleri derslerden sonra farkına vardıklarını söylemişlerdir. Kendisinde bir hastalığın olduğunu düşünenlerden 28'i biyokimyasal, 25'i ise hastalıklarının teşhisi için radyolojik tetkik yaptırmışlardır. Ayrıca araştırmaya katılan 219 öğrenciden 138'i, gördükleri stajların sağlık algılarını etkilediğini belirtirken, 67'si bu görüşe katılmamış, 14'ü ise kararsız kalmıştır.

**Sonuç**

Bu konu hakkında daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bu çalışma yapılabilecek çalışmalara ışık tutabilir. Yapılan bu çalışmada, çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin çoğunun gördükleri stajların sağlık algılarını etkilediğini dile getirmişlerdir. Ancak bu çalışmanın tanımlayıcı bir çalışma olması ve örnek seçimi yapılmaması nedeniyle, çalışmaya katılanlar ile katılmayanlar arasında bir fark olup olmadığını bilemiyoruz. Bu konuda daha net bir sonuca varabilmek için daha detaylı araştırmalar yapmak gereklidir.

**Anahtar Kelimeler**

Tıp, Eğitim, Sağlık, Algı

- Arş. Gör. Dr. Cenk YEğİNER, GATA Halk Sağlığı AD. - cenky99@yahoo.com
- Doç. Dr. Cengiz Han AÇIKEL, GATA Halk Sağlığı AD. - chacikel@gmail.com
- Doç. Dr. Selim KILIÇ, GATA Halk Sağlığı AD. - drselimkiliç@yahoo.com
- Prof. Dr. Metin HASDE, GATA Halk Sağlığı AD. - mhasde@gata.edu.tr

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURANLARDA KENDİ KENDİNE ANTİBİYOTİK KULLANMA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

**Mustafa N. İLHAN, Elif DURUKAN, Sevil ÖZGER İLHAN, F. Nur AKSAKAL, Seçil ÖZKAN, M. Ali BUMİN**

**Giriş ve Amaç**

Antibiyotiklerin bireylerin kendileri tarafından, hekim önerisi olmaksızın kullanımı, hem direnç gelişimine neden olmakta, hem de ilaç harcamalarını artırmaktadır. Bu araştırmanın amacı Ankara'daki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin kendi kendine antibiyotik kullanma sıklığı ve son bir ayda antibiyotik kullanma durumlarını saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu araştırma, Ocak-Şubat 2006'da Ankara İl Merkezi'nde bulunan beş birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzerindeki 2696 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu uygulanarak yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarına araştırma tarihinde başvuran kişi sayısı 3230 olup, çalışmaya katılmayı kabul eden 2696 kişi ile görüşülmüştür (%83,5). Doktor önerisi olmaksızın antibiyotik kullanmak "kendi kendine antibiyotik kullanımı" olarak değerlendirilmiştir. Kendi kendine antibiyotik kullanma durumuyla ilişkili etmenlerin değerlendirilmesinde ki-kare ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma grubunun yaş ortalaması 39,5±15,2'dir. Katılımcıların %19,1'i doktor önerisi olmaksızın kendi kendine antibiyotik kullandığını belirtmiştir. Kendi kendine antibiyotik kullanma nedenleri içinde en sık boğaz ağrısı (%59,6), ateş (%46,2) ve öksürük (%40,0) yer almaktadır. Yaş grubu (40-49 yaş), erkek cinsiyet, bekar olmak, ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyi, çalışıyor olmak ve sosyal güvencesi bulunmamak kendi kendine antibiyotik kullanımını artırmaktadır ( $p<0,05$ ). Lojistik regresyon analizinde kendi kendine antibiyotik kullanımıyla ilişkili etmenler ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyi (OR=1,3; %95CI=1,01-1,69) ve sosyal güvence bulunmaması (OR=1,56; %95CI=1,10-2,25) olarak belirlenmiştir. İncelenenlerin %20,8'i son bir ay içinde antibiyotik kullanmış, bunların %22,3'ü kullandığı antibiyotiği kendi kendine kullanmış ve neden olarak da, %28'i doktora gitmeye vakti olmadığını, %11'i doktor ve tanı yöntemlerine ücret ödemek istemediğini, %61'i daha önceki benzer durumda doktor tarafından önerilen antibiyotikten kullandığını ve doktora başvurmaya gerek duymadığını belirtmiştir.

**Sonuç**

Çalışmada katılımcıların yaklaşık beşte birinin kendi kendine antibiyotik kullandığı belirlenmiştir. Uygun olmayan antibiyotik kullanımı toplumda yaygın bir sorun olan antibiyotik direncini artırabileceği gibi, ilaç harcamalarını da artırarak olumsuz etkide bulunmaktadır. Bu gerçekçe ile toplumun reçete dışı ilaç kullanımını engellemeye yönelik bilinçlendirme ve eğitim çalışmaları yapılması, eczacılara da reçete dışı antibiyotiklerin sağlanmaması konusunda eğitim verilmesi uygun olacaktır. Ulusal düzeyde ise bir politika geliştirilerek, reçetesiz antibiyotik ve diğer ilaçların kullanılmasının önüne geçilebilir.

**Anahtar Kelimeler**

Birinci Basamak, Kendi Kendine İlaç Kullanımı, Antibiyotik

- Yrd. Doç. Dr. Mustafa N. İlhan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Öğr. Gör. Dr. Elif Durukan, Başkent Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Öğr. Gör. Dr. Sevil Özger İlhan, Uluk Tıp Farmakoloji A.D.
- Yrd. Doç. Dr. F. Nur Aksakal, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Seçil Özkan, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.
- Prof. Dr. M. Ali Bumin, Gazi Tıp Halk Sağlığı A.D.

## İSTANBUL İLİNDE ÜÇ HASTANEDE AYAKTAN İZLENEN TİP II DİYABETİK HASTALARDA GLİSEMİK KONTROLÜN MALİYET ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**M. F. ÖNSÜZ, A. TOPUZOĞLU**

**Giriş ve Amaç:** Araştırmanın amacı, İstanbul'da hizmet veren çeşitli hastanelerde ayakta izlenen tip II diyabetik hastalarda glisemik kontrol için kullanılan tedavilerin maliyet etkililiğinin değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, İstanbul'da devlet, üniversite ve özel olmak üzere üç ayrı hastaneye kontrol için başvuran tip II diyabet hastalarında Haziran-Kasım 2007 tarihleri arasında yürütülmüş bir maliyet-etkililik araştırmasıdır. Bu üç hastane, biri devlet hastanesi, biri üniversite hastanesi ve sonuncusu özel hastane olduğu için üç ayrı hastane tipinde glisemik kontrolün maliyet etkililiğini belirlemek için seçilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul'da araştırmanın yürütüldüğü zaman süresince üç hastanenin endokrinoloji (diyabet) polikliniklerine kontrol için başvuran en az altı aylık tanımlı tip II diyabet hastaları oluşturmaktadır. Tip II diyabetli hastaların glisemik kontrolü için kullanılan iki farklı tedavi grubunda 5 YTL'lik farkın gösterilmesi için gerekli sayı %95 güven ve %80 güç ile hesap edilerek, her tedavi grubuna 65 kişi düştüğü saptanmış ve araştırmanın yürütüldüğü her sağlık kuruluşunda iki farklı tedavi grubu oluşabilecek şekilde 130'ar kişilik örneklem grupları belirlenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde üç hastaneye toplam 392 tip II diyabetli kontrol hastasıyla araştırma yürütülmüştür. Bu hastalar hastanelerin endokrinoloji polikliniklerine başvuran hastaların tümünü oluşturmamaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü 392 hasta, kontrol hastası olma ve en az altı aydır aynı poliklinikte kontrol altına olma kriterlerine göre seçilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket yoluyla toplanmıştır. Veriler SPSS 11.0 paket programında değerlendirilmiş ve istatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler,  $\chi^2$  testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birlikte glisemik kontrolün toplam maliyetinin ne kadarını açıkladığını belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Maliyet etkililik analizinde her hastane için alınan tedavi türüne göre toplam maliyet ve etkililik hesaplanmıştır. Toplam maliyetlerin içerisine ilaç, glukometri ve sarf malzemesi, diyabetli hastaların kontrollerinde rutin olarak istenen HgbA1c, açlık ve tokluk kan şekeri fiyatları ile poliklinik muayene ücretleri, uzman doktor ve hemşire maaşları ile hastaların aldıkları diyabet eğitiminin maliyeti katılmıştır. Hesap edilen toplam maliyet hasta sayısına bölünerek hasta başına toplam maliyet bulunmuştur. Etkililik hesaplanmasında HgbA1c değerleri kullanılmıştır. Her hastanın en son HgbA1c değeri ile bir önceki HgbA1c değeri arasındaki fark hesaplanmış ve bu farklar toplanarak toplam etkililik bulunmuştur. Bulunan değerler ile daha sonra marjinal maliyet etkililik oranı bulunmuştur.

• Marjinal maliyet etkililik = Maliyetteki farklılık/etkililikteki farklılık

• Maliyetteki farklılık = Girişimin maliyeti - alternatifin maliyeti

• Etkililikteki farklılık = Girişimin etkililiği - alternatifin etkililiği

Hesaplanan bu değerler daha sonra bilgisayar ortamında maliyet etkililik hesaplama düzeneğine konulmuş ve maliyet etkililik düzeneği ve değerlendirme sonucu bulunmuştur.

**Bulgular:** İnsülin tedavisinde devlet hastanesinde hasta başı maliyet 316.05 YTL, etkililik ise 3.62 bulunmuştu. Üniversite hastanesinde aynı tedavide hasta başına maliyet 323.44 YTL, etkililik 10.94 bulunurken, özel hastanede hasta başına maliyet 562.70 YTL, etkililik de 5.32 bulunmuştu. Devlet hastanesinin marjinal maliyet etkililik oranı 0 olarak alındığında, üniversite hastanesinde bu oran 7, özel hastanede ise 123 olarak bulunmuştu. Oral antidiyabetik tedavide, devlet hastanesinde hasta başı maliyet 228.38 YTL, etkililik ise 3.48 bulunmuştu. Üniversite hastanesinde aynı tedavide hasta başına maliyet 213.56 YTL, etkililik 10.74 bulunurken, özel hastanede hasta başına maliyet 465.45 YTL, etkililik de 9.47 bulunmuştu. Devlet hastanesinin marjinal maliyet etkililik oranı 0 olarak alındığında, oral antidiyabetik tedavide üniversite hastanesinde oran -2, özel hastanede ise 40 olarak saptanmıştı. İnsülin ve oral antidiyabetin birlikte kullanıldığı karma tedavi de ise, devlet hastanesinde hasta başı maliyet 347.25 YTL, etkililik ise 3.46 bulunmuştu. Üniversite hastanesinde aynı tedavide hasta başına maliyet 400.60 YTL, etkililik 3.23 bulunurken, özel hastanede hasta başına maliyet 620.72 YTL, etkililik de 7.12 bulunmuştu. Devlet hastanesinin marjinal maliyet etkililik oranı 0 olarak alındığında, üniversite hastanesinde bu oran -3, özel hastanede ise -17 olarak bulunmuştu. Yapılan çoklu regresyon analizinde, hastaların diyet listesini uygulama durumunda regresyon katsayısı -11.33 bulunmuştu ve diğer değişkenlerin regresyon katsayısı pozitif değerlerde idi. Bu nedenle glisemik kontrolün toplam maliyetini başvuru hastane, hastalığın süresi, alınan tedavi türü, hastanın BKİ ve HgbA1c değeri pozitif yönde, diyet listesini uygulama durumu negatif yönde anlamlı olarak etkilemekteydi.

**Sonuç:** Araştırmamızda insülin tedavisinde devlet hastanesinin maliyeti yüksek, etkililiği düşük bulunmuşken, üniversite ve özel hastanede maliyet yüksek ancak etkililik de yüksek olarak bulunmuştu. Oral antidiyabetik tedavide, devlet hastanesi maliyeti düşük ancak etkililiği de düşük olarak, özel hastane maliyeti ve etkililiği yüksek olarak, üniversite hastanesi ise maliyeti düşük ancak etkililiği yüksek olarak bulunmuştu. Karma tedavide, devlet hastanesi maliyet ve etkililik açısından düşük, üniversite ve özel hastanede ise maliyet yüksek etkililik düşüktü. Sonuç olarak oral antidiyabetik tedavide üniversite hastanesi maliyet etkin bulundu. Glisemik kontrolün toplam maliyetinde başvuru hastanesinin maliyet artırıcı, diyet uyumunun ise maliyet azaltıcı bir etken olduğu bulundu.

### Anahtar Kelimeler

Diyabet, glisemik kontrol, maliyet, maliyet etkililik

• Uzm. Dr. M. Fatih Önsüz, Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü - fatihonsuz@yahoo.com

• Yrd. Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu, Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı A.D. - atopuzoglu@marmara.edu.tr

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA DÜZENLERİNİ VE KENDİ KONUMLARINI DEĞERLENDİRMESİ

**Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK, Ashhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK**

### Giriş ve Amaç

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Bu tarihten itibaren 69 hekim "aile doktoru" olarak çalışmaya başlamıştır. Bu hekimlerin içinde buldukları aile doktoru olarak çalışma düzenini ve kendi konumlarını değerlendirmelerini belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, Nisan-Mayıs 2008'de Bolu ilinde yürütülmüş ve "aile doktoru" olarak çalışan hekimlerin tümü (69 hekim) araştırma kapsamında yer almıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığıyla araştırmacı hekimler tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "aile doktoru" olarak çalışma düzenlerine ve kendi konumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin sorular sorulmuş ve bu yazıda çalışmanın tanımlayıcı bulguları sunulmuştur.

### Bulgular

Görüşülen hekimlerin 48'i erkek, 21'i kadındır ve 62'si aile hekimi olmadan önce sağlık ocağında çalışmıştır. Hekimlerin 52'si listelerindeki kişilerin Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kayıtlarının eksiksiz olarak yapıldığını ve 48'i listelerinde kayıtlı kişilerin aileleri ile birlikte kayıtlı olduğunu belirtmektedir. Kendi listelerinden diğer aile hekimlerine transferler olduğunu belirtenlerin sayısı 66 olup, bu transferlerin en önemli nedeni olarak "başka yere göç" gösterilmiştir. Kendilerinin de hasta seçme hakları olduğunu bilip bunu kullanmayan/kullanamayan hekim sayısı 47'dir. Mesai dışında da çalıştığını belirten hekim sayısı 59 olup; bu zamanda, nöbet tuttuklarını veya hasta kayıtlarını bilgisyara girdiklerini belirtmektedirler. Hekimlerin 61'i yapmakta olduğu işten ve 62'si ürettiği hizmetten hoşnut olduğunu; 32'si aile doktoru olduğundan beri sosyal statü ve mesleki saygınlığında değişiklikler olduğunu, 44'ü diğer aile hekimleri ile 43'ü aile sağlığı elemanları ile, 55'i ikinci ve üçüncü basamak hekimleri ile ve 54'ü ilaç firmaları temsilcileri ile ilişkilerinde değişiklikler olmadığını; diğer hekimler ise bu ilişkilerinde olumlu veya olumsuz bazı değişiklikler yaşadıklarını ifade etmiştir.

### Sonuç

Bu çalışmada "aile doktoru" olarak çalışan hekimler, çalışma düzenlerini ve kendilerini konumlarını değişik yönleriyle değerlendirmiş; özellikle ödenen maaştan duydukları memnuniyeti dile getirmişlerdir.

### Anahtar Kelimeler

Aile Doktorluğu, Aile Hekimliği, Öz değerlendirme, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Ashhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Dr. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.

## AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE HEKİMLERİNİN SUNDUKLARI SAĞLIK HİZMETİNİN KENDİLERİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK, Aslıhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Sevil ALBAYRAK**

### Giriş ve Amaç

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Bu tarihten itibaren 69 hekim "aile doktoru" olarak çalışmaya başlamıştır. Bu hekimlerin aile doktoru olarak sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin kendi değerlendirmelerini belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, Nisan-Mayıs 2008'de Bolu ilinde yürütülmüş ve "aile doktoru" olarak çalışan hekimlerin tümü (69 hekim) araştırma kapsamında yer almıştır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığı ile araştırmacı hekimler tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara yürütmekte oldukları koruyucu sağlık hizmetlerini kendilerinin değerlendirmesi ve "yeterli/kısmen yeterli/yetersiz olarak" tanımlamalı istenmiş ve bu yazıda çalışmanın tanımlayıcı bulguları sunulmuştur.

### Bulgular

Görüşülen hekimlerin 41'i, kendilerine başvuran hastalara sağlık güvenceleri olup olmadığını "hemen sorgunun başında" sorduğunu; 66'sı listelerinde sağlık güvencesi olmayan kişiler olduğunu; 28'i bazen ve 17'si de daima, "hastanın sağlık güvence durumunun tedavi ve bakım hizmetlerinde seçimini ve önerilerini etkilediğini" belirtmiş; sağlık güvencesi olmayan hastalara daha ucuz ilaç yazdıklarını veya ellerindeki ilaç numunelerinden verdiklerini; sağlık güvencesi olmayan hastaların daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sorun yaşadığını ifade etmiştir. Hekimlerin 46'sı kendilerini kayıtlı kişilerin koruyucu, 50'si iyileştirici ve 26'sı esenlendirici sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlığını, "yeterli" olarak değerlendirmiştir ve 50'si kayıtlı kişilerin hekimin bulunduğu sağlık kuruluşuna ulaşımında sorun olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin tümü (69) bebeklere yönelik, 68'i ise gebelere yönelik aşılama hizmetlerini tam olarak sağlayabildiklerini belirtirken, diğer riskli grupların aşılmasını gerçekleştirdiklerini belirtenlerin sayısı 46'dır. Sağlık Bakanlığınca özel program uygulanan sağlık hizmetleri alanında kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde: 17'si evde DÖB 18'i evde bebek izlemi, 12'si evde DSB, 29'u yaşlı izlemi, 21'i fiziksel-ruhsal engelli izlemi ve 26'sı sağlık eğitimi hizmetlerini "yeterli" olarak değerlendirmişlerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler konusunda: 66'sı demir desteği, 64'ü emzirme ve bebek beslenmesi, 68'i D vitamini desteği, 65'i aile planlaması danışmanlığı, 63'ü aile planlaması sağlama ve tamamı (69 hekim) FKÜ için topluk kan alma hizmetlerini "yeterli" olarak tanımlamıştır. ASYE Kontrolü programının gereklerinden olan tehlike belirtilerini riskli gruplara anlatabilen hekim sayısı 55, bedava ilaç veren hekim sayısı 12 ve beslenme eğitimi verebilen hekim sayısı 40'dır. İshalli hastalıkların kontrolü programının gereklerinden olan aynı aktiviteleri yerine getiren hekim sayısı sırası ile 66, 18 ve 68'dir. Hekimlerin 68'i ilk altı ay bebeklerde anne sütünün teşviki için bölgelerinde çalışma yürüttüğünü belirtirken, tamamı (69 hekim) altı aydan büyük bebeklere uygun beslenme önerileri sağladığını ifade etmektedir.

### Sonuç

Bu çalışmada "aile doktoru" olarak çalışan ve verdikleri hizmeti kendileri değerlendiren hekimlerin yaklaşık üçte biri evde gebe, lohusa, bebek, yaşlı ve engelli izlem hizmetlerini yeterli bulmuşlardır. Başvuran kişiler verilmekte olan koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla sayıda hekim yeterli olarak değerlendirmiştir.

### Anahtar Kelimeler

Aile Doktorluğu, Aile Hekimliği, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Öz değerlendirme, Bolu

- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - sevalkoy@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Arş. Gör. Aslıhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.

**AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ ÇALIŞMA DÜZENLERİNİ VE KENDİ KONUMLARINI DEĞERLENDİRMESİ**

Aslıhan ÇATIKER, Sevil ALBAYRAK, İlknur ÖZKAN, Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK

**Giriş ve Amaç**

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile doktorluğu pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Bu tarihten itibaren 68 hemşire/ebe/sağlık memuru "aile sağlığı elemanı" olarak çalışmaya başlamıştır. Bu çalışanların aile sağlığı elemanı olarak çalışma düzenlerini ve aile sağlığı elemanı olarak kendi konumlarını değerlendirmelerini belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu çalışma, Nisan-Mayıs 2008'de Bolu ilinde yürütülmüş ve "aile sağlığı elemanı" olarak çalışan hemşire/ebe/sağlık memurunun tümü (68 kişi) araştırma kapsamında yer almıştır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığı ile araştırmacı hemşireler tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "aile sağlığı elemanı" olarak çalışma düzenlerine ve kendi konumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin sorular sorulmuş ve bu yazıda çalışmanın tanımlayıcı bulguları sunulmuştur.

**Bulgular**

Görüşülen aile sağlığı elemanlarının 31'i (%45.6) hemşire, 36'sı (%52.9) ebe, 1'i (%1.5) sağlık memurudur ve 61'i (%89.7) aile sağlığı elemanı olmadan önce sağlık ocağında çalışmıştır. Aile Sağlığı Elemanlarının 55'i (%80.9) aile sağlığı elemanı olmadan önce bu konuda eğitim aldıklarını; eğitim alanların 35'i (%63.6) aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını; ancak 60'ı (%88.2) kendini aile sağlığı elemanı olarak yeterli gördüğünü ifade etmektedir. Aile Sağlığı Elemanlarının tümü (%100) sağlık ocaklarında tutulan kayıtların hepsini ve yeni bazı kayıtları tuttuklarını; 31'i (%45.6) bu kayıtları tutmada güçlüklerle karşılaştığını belirtmektedir. Mesleğinin gerektirdiği uygulamalar dışında işler yaptıklarını ifade eden sayısı 35 (%54.5) olup; 45'i (%66.2) mesai dışında da çalıştığını; 28'i (%41.2) talep olursa, evde enjeksiyon, pansuman ve tansiyon ölçümü gibi hizmetler verdiğini belirtmiştir. Aile sağlığı elemanlarından 53'ü (%77.9) yaptıkları işten hoşnut olduklarını ve 51'i (%75) aile sağlığı elemanı olmayı kendilerinin seçtiğini; tümü (%100) birlikte çalıştıkları aile hekiminden memnun olduklarını ifade etmiştir. Aile hekimliği pilot uygulaması başladığından beri, 51 kişi (%75) sosyal statü ve mesleki saygınlıklarında; 55 kişinin (%80.9) hekimlerle ilişkilerinde; 46 kişi (%67.6) diğer hemşire/ebe/sağlık memuru çalışanlarla ilişkilerinde "değişiklik yaşamadığını" belirtmiştir. Diğer hemşire/ebe/sağlık memuru çalışanlarla ilişkilerinde olumsuz değişiklikler yaşadığını belirten 22 kişiden 17'si (%77.3) ise olumsuzluk yaşanan alanları "maaş farklılıkları, iş paylaşımı sorunları ve rekabet" olarak belirtmiştir.

**Sonuç**

Bu çalışmada "aile sağlığı elemanı" olarak çalışan hemşire/ebe/sağlık memurları, çalışma düzenlerini ve kendi konumlarını değişik yönleriyle değerlendirmiş; özellikle "aile sağlığı elemanı" olarak tanımlanmaktan rahatsızlık duyduklarını dile getirmişlerdir.

**Anahtar Kelimeler**

Aile Sağlığı Elemanı, Aile Hekimliği, Öz Değerlendirme, Bolu

- Arş. Gör. Aslıhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O. - aslihan\_c@ibu.edu.tr
- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

## AİLE HEKİMLİğİ PİLOT UYGULAMASININ İKİNCİ YILINDA, BOLU'DA AİLE SAğLIğI ELEMANLARININ SUNDUKLARI SAğLIK HİZMETİNİN KENDİLERİ TARAFINDAN DEğERLENDİRİLMESİ

Sevil ALBAYRAK, Ashhan ÇATIKER, İlknur ÖZKAN, Seval ALKOY, Aysu KIYAN, Muzaffer ESKİOCAK

### Giriş ve Amaç

Bolu, 16.10.2006'dan bu yana "aile hekimliği pilot uygulaması" sürdürülen illerden biridir. Bu tarihten itibaren 68 hemşire/ebe/sağlık memuru "aile sağlığı elemanı" olarak çalışmaya başlamıştır. Bu çalışanların aile sağlığı elemanı olarak sundukları sağlık hizmetlerinin kendileri tarafından değerlendirmelerini belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, Nisan-Mayıs 2008'de Bolu ilinde yürütülmüş ve "aile sağlığı elemanı" olarak çalışan hemşire/ebe/sağlık memurunun tümü (69 aile hekiminden biri herhangi bir aile sağlığı elemanı ile çalışmadığı için 68 kişi) araştırma kapsamında yer almıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığı ile araştırmacı hemşireler tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara "aile sağlığı elemanı" olarak sundukları sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri nasıl değerlendirdiklerine ilişkin sorular sorulmuş ve bu yazıda çalışmanın tanımlayıcı bulguları sunulmuştur.

### Bulgular

Aile sağlığı elemanlarından %41,2'si ailelere gezi yapmadıklarını, %58,8'i ise gezi yaptıklarını belirtmiş; gezi yapanların %32,5'i bu gezileri ayda bir kez, %27,5'i ise ayda iki kez gerçekleştirdiği; %77,5'inin bu gezilere aile doktoruyla birlikte gittiği belirlenmiştir. Aile sağlığı elemanlarından %60,3'ü kendilerine kayıtlı kişilerin koruyucu, %73,5'i iyileştirici ve %38,2'si esenlendirici sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlığını, "yeterli" olarak değerlendirmiştir ve %75'i kişilerin sağlık kuruluşuna ulaşımında sorun olmadığını belirtmiştir. Aile sağlığı elemanlarının tümü (68) bebeklere ve gebelere yönelik bağışıklama hizmetlerini tam olarak sağlayabildiklerini belirtirken, %50'si diğer riskli grupların aşılamalarını "yeterli" düzeyde gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Aile sağlığı elemanlarından %95,6'sı soğuk zincirin korunmasında sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Sağlık Bakanlığınca özel program uygulanan sağlık hizmetleri alanında kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde: %88,2'si evde Doğum Öncesi Bakım, %13,2'si evde bebek izlemi, %7,3'ü evde Doğum Sonrası Bakım, %36,8'i yaşlı izlemi, %17,6'sı fiziksel-ruhsal engelli hizmetlerini "yeterli" olarak değerlendirmişlerdir. Çoğunlukla birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler konusunda, %83,8'i demir desteği, %97'si bebek beslenmesi hizmetlerini, fenilketonüri programını uygulamayı ve D vitamini destek programını uygulamayı, %88,2'si aile planlaması danışmanlığını, %98,7'si aile planlaması malzeme sağlamayı "yeterli" olarak değerlendirmişlerdir. Aile sağlığı elemanlarından %35,3'ü sağlık eğitimi programlarını uygulamayı "yeterli" %25'inin ise "yetersiz" düzeyde gerçekleştirebildiklerini belirttiklerini ifade etmişlerdir.

### Sonuç

Bu çalışmada "aile sağlığı elemanı" olarak çalışan hemşire/ebe/sağlık memurlarının, sundukları sağlık hizmetlerini kendileri değerlendirmiştir. Bu hizmetlerden evde sunulması gereken izlemleri çoğunlukla "yeterli değil", Aile Sağlığı Merkezlerinde sunulan hizmetleri çoğunlukla "yeterli" olarak değerlendirmişlerdir.

### Anahtar Kelimeler

Aile Sağlığı Elemanı, Aile Hekimliği, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Öz Değerlendirme, Bolu

- Arş. Gör. Sevil ALBAYRAK, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Arş. Gör. Ashhan ÇATIKER, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O. - aslihan\_c@ibu.edu.tr
- İlknur ÖZKAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Y.O.
- Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
- Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.



## BALIKESİR MERKEZ 9 NO'LU SAĞLIK OCAĞINDAN HİZMET ALAN KİŞİLERİN VERİLEN HİZMET KONUSUNDA GÖRÜŞ VE DÜŞÜNCELERİ

N. KARADAĞ, S.TÜRKER, Z. SARIDAYI, M. GÜN

### Giriş ve Amaç

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ancak, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırarak gerçekleşecek bir hedefdir. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile uygulama alanına giren sağlık ocakları, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri bir arada sürdüren ilk basamak sağlık örgütleridir. Yapılan çeşitli araştırmalar kişilerin gerek kendi bilgi tutum ve inançlarından, gerekse içinde yaşadığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısından kaynaklanan birçok etkenin sağlık hizmetlerini kullanmayı etkilediğini ortaya koymuştur. Bu araştırmanın amacı Balıkesir Merkez 9 Nolu Sağlık Ocağı'ndan hizmet alan kişilerin verilen hizmet konusunda görüş ve düşüncelerinin belirlenmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel nitelikte olup 27 Kasım-27 Aralık 2006 tarihleri arasında Balıkesir Merkez 9 Nolu Sağlık Ocağına herhangi bir sağlık problemi nedeniyle başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 120 kişiye Halk Sağlığı Dersi uygulaması yapan bir grup öğrenci tarafından yüzyüze görüşme yapılarak anket forumlarının doldurulması şeklinde veriler toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS istatistik programıyla bilgisayarda değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırma kapsamındaki kişilerin yaş ortalaması  $37.4 \pm 13.9$  [15-77] olup %67.5'ini kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %65.0'i sağlık ocağına geçen üç ay içinde başvurduklarını ifade etmişlerdir. Bu seferki başvuru nedenlerinde ilk sırada rahatsızlığından dolayı muayene olmak (%42.5) gelmektedir. Kurumun fiziki şartları konusundaki görüş ve düşünceleri incelendiğinde %98.4'ü kurumun kolayca ulaşılabilecek yerde olduğunu, kurumda çalışan sağlık personelinin davranışı konusundaki görüş ve düşünceleri incelendiğinde %84.2'si çok iyi ve iyi olarak ifade etmişlerdir. %33.4'ü kurumda kendisine hizmet veren sağlık personelinin reçetenin kullanılmasıyla ilgili açıklamasını orta ve yetersiz olarak belirtmektedir.

### Sonuç

Katılımcıların çoğu sağlık ocağını kolay ulaşılabilecek mesafede bulmaktadır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini etkileyen bir faktör olması nedeniyle önemlidir. Ayrıca ilaç kullanımı konusunda daha etraflı aydınlatılma istedikleri bulunmuştur. Bu durum genellikle her basamakta ihmal edilen bir konudur ancak tedavinin ve hizmetin etkinliğini olumsuz etkileyebileceğinden önemlidir.

### Anahtar Kelimeler

Sağlık ocağı, sağlık hizmetleri, memnuniyet

- Öğr. Gör. Nuriye KARADAĞ, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - nkaradag@balikesir.edu.tr
- Öğr. Gör. Semihat TÜRKER, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - semihatturker@hotmail.com
- Zehra SARIDAYI, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - zehra\_saridayi@hotmail.com
- Mukadder GÜN, Jandama Lojistik Komutanlığı Sağ. İkm. ve Bak. Şb. - mukadder@registerednurses.com

**BİR SAğLIK OCAğI'NA BAŞVURAN 15-65 YAS KADINLARIN SAğLIK OCAğI HİZMETLERİNİ BİLME VE MEMNUN OLMA DURUMLARININ SAPTANMASI, ARALIK 2007, ANKARA**

**Fehminaz TEMEL, Seda TOPTAL, Nazime SHERMATOVA, Tunay KİREMİTLİ, Taylan ŞAHİNGÖZLÜ, Levent AKIN**

**Giriş ve Amaç**

Araştırmanın amacı sağlık ocaklarının hizmetlerinden en çok yararlandığı düşünölen 15-65 yaşı kadınların verilen sağlık hizmetlerini bilme, bu hizmetleri kullanma ve memnun olma durumlarının değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem**

Ankara'da bir sağlık ocağı bölgesinde yaşıyan ve üç iş gününde sağlık ocağına başvuran 15-65 yaşı kadınlar, bu tanımlayıcı çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 183 kadına, yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Analizlerde, veriler yüzde dağılımları ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Kadınların yaş ortalaması 36.0 ±12.2 yıldır (ortanca=35, Min-Max=15-65). Yüzde 36,6'sının ilkokul mezunu, %77,6'sının evli, %88,0'inin sağlık güvencesinin olduğu, %84,7'sinin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların % 13,7'si bu sağlık ocağına ilk kez başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %72,7'si hastalık halinde ilk tercih ettikleri kurumun bu Sağlık Ocağı olduğunu, % 40,4'ü ise olanak olması durumunda özel hastane/doktor olacağını belirtmiştir. Kadınların Sağlık Ocağı'nda verildiğini en çok bildikleri hizmetler arasında poliklinik (%72,1), aşılama (%38,8), kan tahlili (% 31,7) hizmetleri, bilmedikleri hizmetler arasında evlerin su, tuvalet ve çöplerinin kontrolü (%56,8), eğitim ve bilgilendirme (%30,1), gaita tahlili (%21,9) bulunmaktadır. Memnun olmadıkları hizmetler sırasıyla sağlık eğitimi (%7,7), gebe takibi (%5,5), memnun oldukları hizmetler muayene (%82,0), reçete tekrarı (%76,4), sevk/rapor vermedir (%60,1). Yüzde 61,9'u bekleme salonundan, %44,3'ü temizlikten memnun olmadıklarını, %81,9'u ulaşımdan, %61,7'si doktorun, %61,3'ü ebe ve hemşirenin tavırından memnun olduğunu belirtmiştir. İlk başvurdukları sağlık kurumunun bu Sağlık Ocağı olduğunu söyleyenlerin %36,8'i şartları uygun olsa ilk başvuracakları sağlık kurumunun özel hastane/doktor olacağını belirtmişlerdir.

**Sonuç**

En çok bilinen hizmetin "hasta muayenesi" olması, kadınların sağlık ocaklarını tedavi edici bir kurum olarak gördüğünü düşündürmektedir. Koşulları uygun olduğunda kadınların özel hastane/doktoru tercih edeceklerini ifade etmeleri, sağlık ocağında iyileştirme çalışmalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Sağlık Ocağı, Memnun Olma, Sağlık Hizmeti, Kadın

- Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı A.D. - fehminaz@yahoo.com
- Dr. Seda TOPTAL, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Dr. Nazime SHERMATOVA, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Dr. Tunay KİREMİTLİ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Dr. Taylan ŞAHİNGÖZLÜ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Prof. Dr. Levent AKIN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı A.D. - leventa@hacettepe.edu.tr

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURANLARIN BEKLENTİLERİ, HASTA HAKLARININ FARKINDA OLMA VE KULLANMA DURUMLARI****M. SAYGUN, Z. A. ÇAKMAK, T. PINAR, N. ULU, E. SAYIN****Giriş ve Amaç**

Hasta hakları, insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eder ve dayanağını insan hakları ile ilgili temel belgelerden alır. Hasta hakları ile ilgili birçok yasal düzenleme bulunmakla birlikte bu düzenlemeler sağlık çalışanları ve toplum tarafından yeterince bilinmemekte ve tartışılmamaktadır. Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların beklentileri, hasta haklarından haberdar olma ve bu haklarını kullanabilme durumlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Kırıkkale ili 8 nolu merkez sağlık ocağına bir ay içinde başvuran 15 yaş ve üzeri 440 kişiye yüz yüze görüşme ile anket uygulanarak yapılmıştır. Anket sosyodemografik sorular, hasta haklarının farkında olma ve kullanma sorularından oluşmuştur. Veriler, SPSS 10.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiş ve ki-kare ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $38.03 \pm 14.77$  ve 311'i (% 70.7) kadındır. Anket uygulanan kişilerin %45.0'i son altı ayda tercih ettikleri sağlık kuruluşunun sağlık ocağı olduğunu belirtmiş, tercih nedeni sorulduğunda %32.3'ü "evim yakın olduğu için" cevabını vermiştir. Genel olarak sağlık personelinin davranışlarından memnun olmadığını belirten 96 (%21.8) kişi, beklentileri sorulduğunda: %26.0'ı daha fazla saygı ve güler yüz, %25.0'ı daha fazla ilgi beklediğini, %10.4'ü sağlık personelinin daha özverili olması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin 173 (%39.3) ü hasta hakları terimini duyduğunu belirtmiştir ancak bu kişilerin %29.5'i hasta haklarından hiçbirini hatırlayamamıştır. Hasta haklarını duyduğunu söyleyenlerin %18.5'i Türkiye de haklarını savunabildiği, ya da alabildiği görüşündedir ve bu kişiler arasında hasta haklarının en çok bilineni (%35.8) "hekim seçme hakkı"dır. Araştırma grubunun %54.1'i hekimden tanı, %57.3'ü tedavi ve %64.1'i tetkikler hakkında bilgi alabildiğini belirtmiştir. Eğitim seviyesi ile hekimden bilgi alma ve hekime soru sorabilme arasına anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta haklarından haberdar olma oranları ise eğitim seviyesi yüksek olanlarda ( $p=0.0001$ ) ve düzenli işi bulunanlarda ( $p=0.0001$ ) daha yüksektir. Sağlık kuruluşlarında haksızlığa uğradığını düşünen 110 (%25.0) kişiye, nedeni sorulduğunda, %30.9'u sıraya uyulmamasından, %10.9'u ise hekimin ilgisizliğinden yakınmıştır. Bu kişilerin %4.5'i şikayetini resmi makamlara bildirdiğini ancak sonuç alamadığını belirtmiştir.

**Sonuç**

Araştırma grubunun hasta haklarının farkında olma ve kullanma düzeyi oldukça düşüktür. Konu ile ilgili olarak halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi hasta haklarının daha yaygın kullanılmasına katkıda bulunabilir.

**Anahtar Kelimeler**

Hasta hakları, haberdar olma, tutum ve davranışlar.

- Yrd. Doç. Dr. Meral SAYGUN, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - meralsaygun@yahoo.com
- Doç. Dr. Aytül ÇAKMAK, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - cakmakza@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Tevfik PINAR, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - thod@thod.org
- Arş. Gör. Dr. Nuriye ULU, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - drnuriyeulu@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Esen SAYIN, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - esen\_sayin@hotmail.com

## DÜZCE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

### Naile GÜRLEYİK ERKMAN

#### **Giriş ve Amaç**

Aile Hekimliği Birimlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki görüşlerini saptamak.

#### **Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Kasım-Aralık 2007 tarihlerinde Düzce ilinde 104 aile hekimliği biriminde çalışan aile sağlığı elemanlarına Toplum Sağlığı personeli tarafından yüzyüze anket formu uygulanarak yürütülmüştür. Her aile hekimliği biriminde bir doktor, bir aile sağlığı elemanı kadrosu vardır. Aile Hekimliği Birimlerinde 74'ü sözleşmeli, 23'ü görevlendirme olmak üzere toplam 97 aile sağlığı elemanı mevcuttur. 7 aile hekimliği biriminde aile hekimi ve aile sağlığı elemanı bulunmamaktadır. Aile sağlığı elemanlarından 71'i (% 73.1) yapılan çalışmaya katılmış, 26'sı (%26.9) çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Veriler SPSS 10.0'da değerlendirilmiştir.

#### **Bulgular**

71 aile sağlığı elemanının yaş ortalaması 32.8 ±5.6, meslek süresi 10.4±9.1 yıl, aile sağlığı elemanı olarak çalıştığı süre 23.3±5.8 aydır.

Aile Sağlığı Elemanlarına aile hekimliği sisteminde yer almak istemelerinin en önemli nedeni sorulduğunda % 39.1'i toplum sağlığı merkezinde kalmak istemediğini, % 34.4'ü yapacağı işin ve sorumlu olduğu kişilerin belli olduğunu, % 17.2'si ekonomik olarak daha cazip olduğunu, % 4.7'si bu uygulama ile daha iyi hizmet sunacağına inandığını, % 4.6'sı bu uygulama ile bulunduğu yerden daha iyi bir yere geldiğini belirtmiştir. Aile Sağlığı Elemanı statüsünün toplum içinde saygınlığı tercih nedeni olarak seçilmemiştir.

Aile Sağlığı Elemanlarına aile hekimliği sistemini değerlendirmelerine yönelik olarak sorulan sorularda; aile sağlığı merkezinin fiziki şartların yeterliliğini % 37.2'si iyi, % 55.7'si orta, % 7.1'i kötü olarak, aile sağlığı merkezinin tıbbi donanım yeterliliğini ise % 38.6'sı iyi, %51.4'ü orta, %10.0'ı kötü olarak değerlendirmiştir. Aile Hekimliği Modeli ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi hakkında bilgi yeterliliği sorulduğunda % 19.7'si iyi, % 66.6'sı orta, % 13.7'si kötü olarak yanıtlamıştır. Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezleri arasındaki koordinasyon durumunu % 29.4'ü iyi, % 50.0 orta, % 20.6'sı kötü olarak. Üst basamak kurumlardan sevikten geri bildirim alma durumunu % 3.4'ü iyi, % 22.1 orta, % 74.5'ü kötü olarak değerlendirmiştir. Sözleşmeli olarak yaptığı görevden memnuniyet durumu sorulduğunda % 30.8'i iyi, % 61.6'sı orta, % 7.6'sı kötü, görevlendirmeli olarak yaptığı görevden memnuniyet düzeyi sorulduğunda % 23.1 iyi, % 34.6'sı orta, % 42.3'ü kötü. Aile hekimin yanında bir aile sağlığı elemanının yeterliliğini % 14.7'si iyi, % 26.5'i orta, % 58.8'i kötü olarak değerlendirmiştir. Gezici sağlık hizmeti sırasında verdiği aşı, gebe takibi ve koruyucu hizmetleri % 54.8'i iyi, % 32.3'ü orta, % 12.9'u ise kötü olarak değerlendirmiştir.

#### **Sonuç**

Her 4 aile sağlığı elemanından birinin görevlendirmeli olması, yine sözleşme imzalayanlardan önemli bir kısmının geçici görevlendirmelerden dolayı TSM kalmak istememesi aile hekimliği sürecinde aile hekimliğinde aile sağlığı elemanlarında bir sıkıntı olduğunu göstermektedir. Kendi isteğiyle sözleşmeli olarak çalışanların memnuniyet düzenin Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirmeli olarak çalışanların memnuniyet düzeyinden yüksek olması bu sıkıntıyı bize bir daha göstermektedir. Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezi arasında koordinasyon yeterli düzeyde değildir.

#### **Anahtar Kelimeler**

aile hekimliği, aile sağlığı elemanı

• Naile GÜRLEYİK ERKMAN, Düzce Sağlık Müdürlüğü - naileerkman@gmail.com

**EBE, HEMŞİRE VE SAĞLIK MEMURLUĞU ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİ****S. ALTIPARMAK, G. ASLAN****Giriş ve Amaç**

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri sağlık, yaşamın en vazgeçilmez unsurlarından biri olmuştur. Günümüzde çağdaş halk sağlığı anlayışına göre de sağlığın bozulmadan önce korunması ve iyileştirilmesi ilk hedefler arasında yer almaktadır. Bu yüzden sağlık alanında yapılan reformlar ve sağlık çalışanlarının şikayet ve beklentileri gün geçtikçe daha da önem kazanmaktadır.

Amaç: Bu çalışma, sağlık elemanı olarak tanımlanan ebe-hemşire ve sağlık memurluğu öğrencilerinin aile hekimliği sistemi ile ilgili beklentilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma kapsamına Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 2006-2007 öğretim dönemi ebeklik, hemşirelik ve sağlık memurluğu son sınıf öğrencileri alınmıştır (n= 104). Araştırma Haziran 2007'de uygulanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik anket formu ve aile hekimliği sistemi ile ilgili beklentilerini sorgulayan iki ayrı form ile toplanmıştır. Araştırma, SPSS 10.00 paket programı kullanılarak ortalama, standart sapma, min-max gibi tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin 37'si (%35.6) hemşirelik, 35'i (%33.7) ebeklik ve 32'si (%30.8) sağlık memurluğu bölümü son sınıf öğrencileridir. Öğrencilerin %84.7'si mezun olduğunda bu sistemde çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir. Öğrencilere Türkiye'de uygulanmak istenen aile hekimliği sisteminin sağlık elemanlarına kazanımı sorgulandığında %100'ü hiçbir kazanımı olmadığını ifade etmiştir. Aile hekimliği sisteminin sağlık elemanlarına kaybettirdikleri sorgulandığında ise: %24.5'i kadro-statü, %26.2'si iş güvencesi, %23.7'si çalışma saatleri, %6.7'si sicil notları, %2.1'i ücretler olarak değerlendirmiştir. Öğrencilerin %95.2'si bu sistemin mesleki beklentilerini negatif yönde etkilediğini ifade etmiştir.

**Sonuç**

Sonuç olarak Türkiye'de aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanları olarak nitelendirilen hemşire, ebe ve sağlık memuru öğrencilerinin aile hekimliği sisteminden beklentileri negatif yöndedir.

**Anahtar Kelimeler**

Aile hekimliği, aile sağlığı elemanı, Türkiye

- Öğr. Gör. SALİHA ALTIPARMAK, CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - salihaozpinar@gmail.com
- Arş. Gör. GÖKÇE ASLAN, EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.D. - gokceasian@gmail.com

## İŞİNDE KİMLER DAHA DOYUMLU? YÖNETENLER Mİ YOKSA YÖNETİLENLER Mİ? SAĞLIK YÖNETİCİLERİ VE ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**V. SENOL, A. ÖZTÜRK**

### Giriş ve Amaç

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan iş doyumunu, çalışanların işiyle ilgili beklentilerine ulaştıkları anda duydukları bireysel hoşnutluk duygusudur. Bu çalışma sağlık sektörünün farklı iki boyutunda hizmet sunan sağlık yöneticileri ve çalışanlarının iş doyumunu düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, 2007 yılında, Kayseri İlinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde görev yapan 119 sağlık yöneticisi (evrenin %75'i) ve 349 sağlık çalışanı (Hemşire, Teknisyen-Tekniker) (evren'in %70'i) üzerinde yapılmıştır. Veriler sosyodemografik ve iş özelliklerini tanıttıcı anket formu, Minnesota Doyum Ölçeği (MSQ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ile yüz-yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. MSQ, içsel, dışsal ve genel doyumunu içeren, 20 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir, nötr doyum puanı 3'tür. Ölçekten alınan puan 3'ten küçük ise iş doyumunu düşük; 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilir MTÖ; duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarıda düşme (KB) olmak üzere üç alt grubu olan, 22 soruluk bir ölçektir. İstatistiksel analizde ANOVA, Student t testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır

### Bulgular

Sağlık yöneticilerinin genel (3.5±0.5), içsel (3.4±0.5) ve dışsal (3.3±0.5) olmak üzere iş doyumları orta düzeyde iken; sağlık çalışanlarının genel (2.8±0.6), içsel (2.9±0.6), ve dışsal (2.8±0.6) iş doyumları düşük düzeydedir (p<0.001). Tekli regresyon analizine göre sağlık yöneticileri 11 kat (GA: 6.2-19.7), erkekler 6 kat (3.8-9.3), 40 yaş ve altındakiler 10 kat (4.5-21.1), evli olanlar 1.8 kat (1.1-2.6) mesleki kıdemi yüksek (21 yıl ve≧) olanlar 8 kat (3.8-19.3), haftada 40 saatten fazla çalışanlar 2 kat (1.6-3.2), mesleğini severek yapanlar 7 kat (3.7-12.9) daha yüksek iş doyumuna sahiptirler. Çoklu regresyon analizine göre sağlık yöneticisi olmak (OR:12.8, GA:4.6-35.4), mesleği severek uygulamak (OR:7.6, 2.6-22.6), işinde başarılı olmak (OR:1.2, 1.1-1.4) ve haftada 40 saatin üzerinde çalışmak (OR:1.9, 1.1-3.4) yüksek iş doyum düzeyini besleyen temel faktörlerdir(P<0.05). Meslekte duygusal tükenmişlik yaşama iş doyumunu düşüren (OR:1.3, 1.4-1.2, p<0.001) en önemli faktördür.

### Sonuç

Özetle, tüm sağlık çalışanları tükenmişlik sendromundan korunarak ve yönetsel süreçlere daha fazla katılımları sağlanarak iş doyum düzeyleri artırılabilir.

### Anahtar Kelimeler

Sağlık Yöneticiliği, Hemşirelik, Sağlık Teknisyenliği/Teknikerliği, İş doyum

- VESİLE ŞENOL, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ, HALİL BAYRAKTAR S.H.M.Y.O. ÖĞRETİM ÜYESİ
- AHMET ÖZTÜRK, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ, GEVHER NESİBE TIP FAK. BİYİSTATİSTİK A.D.ÖĞRETİM GÖREVLİSİ DR.

## İZMİR KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

S. T. GÜRSOY, M. ÇİÇEKLIOĞLU, F. AKSU, H. HASOY, A. DAVAS, R. DURUSOY

**Giriş ve Amaç:** İzmir kent merkezinde yaşayan yetişkinlerde sağlık hizmeti kullanımı ve bunu etkileyen etmenlerin saptanması

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada Tıp Eğitiminde çok yüküklü olan müfredatın öncelikli sağlık sorunlarına odaklanmasını sağlamak amacıyla planlanan "Tıp Eğitiminde Müfredatın Geliştirilebilmesi için Toplumumuzun Öncelikli Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi" adlı projenin alan çalışması verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Toplumun öncelikli sağlık sorunlarını tanımlamaya yönelik olarak gerçekleştirilen bu proje üç bölüm halinde yürütülmüştür. Bunlardan ilki; hekimlerin tıp eğitimi müfredatı içinde yer alan başlıkların önem değerini ortaya koymaya çalışan ve verilerin, bir uzlaşma yöntemi olan Delphi tekniği ile toplandığı bölümdür. İkinci bölümde ise Delphi tekniği ile elde edilen semptom, hastalık ve klinik durumu başlıklarının, uzman hekimler ile Nominal grup tekniği ile çalışarak, eğitsel önemlerine karar verildiği süreçtir. İlk iki bölüm ile eş zamanlı olarak yürütülen verilerini kullandığımız alan çalışması bölümünde ise toplumda sık karşılaşılan semptom ve hastalıklar saptanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın evreni olarak İzmir il merkezi nüfusu (2.424.745) alınmıştır. Hesaplama sonucunda, örneklem büyüklüğü 4.189 olarak bulunmuştur. Bu örneklem büyüklüğü İzmir il merkezinde yaşayan tüm yaş ve cins gruplarını içerdiği için, alan çalışmasında, ulaşılan hanelerdeki tüm bireylerle görüşme yönteminin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu nedenle, örneklem büyüklüğü olan 4.189 İzmir ili için hesaplanan ortalama hane büyüklüğü olan 3,57'e bölünmüştü ve ulaşılabilecek hane sayısı 1173 olarak bulunmuştur. Hesaplanan 1173 haneye ulaşabilmek için sistematik küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. İzmir il merkezinde örnekleme temsil ediciliği açısından her kümede 10 haneye ulaşılmaya karar verilmiştir. Böylelikle küme sayısı:  $1173 / 10 = 117$  olarak belirlenmiştir. 117 kümede 10'ar haneye ulaşabilmek için önce bir başlangıç hanesi belirlenmiş, daha sonra bu haneden itibaren 10 hane sayarak her onuncu hanede anketi uygulayarak alan çalışması tamamlanmıştır. Başlangıç hanelerini belirlemede, İzmir il merkezindeki toplam hane sayısı olan 696.693 sayısı, küme sayısı olan 117'e bölünmüştü, ve bu hesaplama üzerinden örneklem aralığı 5955 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak İzmir il merkezindeki her 5955 haneden birisi, 117 küme için başlangıç hanesi olarak belirlenmiştir. Küme başlangıç hanesi olacak evleri belirleyebilmek için İzmir il merkezinde bulunan tüm sağlık ocaklarının hane ve nüfus sayıları İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. İzmir ili metropol ilçelerin sıralaması ve ilçe içindeki sağlık ocağı sıralaması alfabetik sıraya göre yapılmıştır. Sıralanmış olan sağlık ocaklarının, hane sayıları kümülatif olarak toplanmıştır. Rasgele sayılar tablosundan bir numara seçilmiş ve bu numaralı hane ilk kümenin başlangıç hanesinin numarası olarak belirlenmiştir. Daha sonra bu sayıya ve izleyen sayılara, örneklem aralığı olan 5955 eklenerek, diğer 116 kümenin başlangıç hane numaraları belirlenmiştir. Kümülatif toplanmış olan sağlık ocakları hane sayıları listesinden, bu hane numaralarının hangi sağlık ocağının hangi numaralı hanesine denk geldiği belirlenmiştir. Belirlenen başlangıç hanesi numaralarının ait olduğu sağlık ocaklarına gidilmiştir. Sağlık ocaklarında Ev Halkı Tespit Fişleri, rakam ya da alfabetik sıraya göre en küçük sokaktan başlayacak şekilde sıralanmış ve başlangıç hane numarasına denk gelen hane adresi ve hane reisinin adı, varsa telefon numarası tespit edilmiş ve kaydedilmiştir. Anketörler verilen adresteki hane ziyaretini bitirdikten sonra dışarı çıktığında sırtı hane kapağına dönükken, aynı sokakta saat yönünde (kendi sağına doğru) 9 hane atlayarak 10. hane ziyaret edilmiştir. Haneye ulaşıldığında evde bulunanlara dört farklı tip anket uygulanmıştır: 1. Hane halkı anketi (Hane reisine ve eşine uygulanmıştır) 2. Yetişkin anketi (Hane reisi ve eşi dahil 15 yaş üstü tüm bireylere yüz yüze uygulanmıştır) 3. 0-14 ay grubu anketi (Anneye uygulanmıştır) 4. 1-14 yaş grubu anketi (Anneye uygulanmıştır) Yetişkin anketinde, yetişkinlerin sosyodemografik özellikleri, son bir ayda görülen semptomlar, son bir yıl içinde aldıkları tanıları, son bir ay içinde yakınma, aşı, aile planlaması gibi nedenlerle bir sağlık kuruluşuna ya da özel doktora gitme veya evde ziyaret edilme durumu, sağlık kurumuna gitmesi gerektiği halde gidemeyenlerin sağlık kurumuna başvurmama nedeni, yetişkinlere son bir yıl içinde hastaneye yatmasının önerilme durumu ve hastaneye yatması önerildiği halde yatamayan yetişkinlerin yatamama nedenleri sorgulanmıştır. Bu çalışmanın amacı yetişkinlerdeki sağlık hizmeti kullanımını ve ilişkili faktörleri saptamaktır. Sadece yetişkinlere uygulanan 2489 anketin verileri kullanılmıştır. Son bir ayda yakınması olup herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuranlar, özel hekime gidenler, evde sağlık çalışanları tarafından ziyaret edilenler sağlık hizmeti kullanmış olarak değerlendirilmiştir. Son bir yıl içinde hastaneye yatması önerilip, hastaneye yatanlar ise ayrıca incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** 2489 kişinin % 81,3'ünün (n= 2025) son ay içerisinde herhangi bir yakınması olmuştur. Yaş ortalaması  $39,04 \pm 16,36$  (min.15 - max.93)'dir. Yakınması olanların %24,2'si (n= 491) sağlık hizmeti almıştır. Sağlık hizmeti kullanım hızı  $3,29 \pm 2,48$ 'dir. Çalışma grubunun %5,7'sine (n= 142) hastaneye yatış önerilmiş ancak bunların %69,7'si (n= 99) hastaneye yatmıştır. Ki-kare analizlerine göre cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, oda başına düşen kişi sayısı, sağlık güvencesi, yaşanılan evin tipi, oturlan ev dışında taşınmaz mal varlığı ile hizmet kullanımı arasında ilişki vardır. Gençler, kadınlar, beş yıldan fazla eğitim alanlar, sağlık güvencesi olanlar ve yaşadıkları ev dışında taşınmaz malları olanlar daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadır. Sağlık güvencesi olanlar ve gelirinin iyi olduğunu düşünenler daha fazla hastane yatışı yapmaktadır.

**Sonuç:** Sadece sağlık güvencesi değil, diğer yoksulluk göstergeleri de sağlık hizmet kullanımıyla ilişkilidir. Bu nedenle sadece sağlık güvencesi kapsayıcılığını artırmaya yönelik reformlar zaten erişilebilir olanların kullanımını artıracak, erişemeyenler içinse çözümlenmeyecektir.

**Anahtar Kelimeler:** sosyal güvence, sağlık hizmeti kullanımı, erişim

- Yrd. Doç. Dr. Şafak Taner Gürsoy, EÜTF - safak.taner.gursoy@ege.edu.tr
- Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu, EÜTF - meltem.ciceklioglu@ege.edu.tr
- Prof. Dr. Feride Aksu, EÜTF - feride.aksu@ege.edu.tr
- Uzm. Dr. Hür Hassoy, EÜTF - hur.hassoy@ege.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Aslı Davas, EÜTF - asli.davas@ege.edu.tr
- Uzm. Dr. Raika Durusoy, EÜTF - raika.durusoy@ege.edu.tr

## MANİSA İL MERKEZİNDEKİ İKİ KAMU HASTANESİNİN YATAN HASTA MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE BELİRLEYİCİLERİ

**S. DEVECİ, Y. KAPLAN**

### Giriş ve Amaç

Günümüzde sunulan hastane hizmetlerinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmelerinden tıbbi çıktılar ile maliyet analizlerinin yanında, yatan hasta memnuniyetinin ölçülmesi de çok önemlidir. Araştırmanın amacı, Manisa Devlet (MDH) ve Merkez Efendi Devlet Hastanelerinde (MEDH) yatan hasta memnuniyeti düzeylerini ve etkileyen etmenleri belirlemektir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı-kesitsel türdedir. Veri toplamada, bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sosyal güvence, ailedeki birey sayısı, gelir durumu, odadaki yatak sayısı, hastaneyi tercih nedeni, başvuru nedeni, son bir yıl içinde hastaneye yatış sayısı, hastaneye yatmada sorun yaşamayı sorgulayan Birey Tanıtım Formuyla; hastanenin temizlik, yemek, hemşire, doktor ve personel hizmetleriyle ilgili memnuniyet düzeylerini ölçmeyi amaçlayan, beşli likert tipi ölçekle hazırlanan 25 soruluk, "Yatan Hasta Memnuniyeti Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırma verisi, 2008 yılı Nisan ayında, her iki hastanenin cerrahi ve dâhili bölümleriyle göğüs servislerinde, bilinci açık, koopere ve -yeterli kanaat oluşması için- hastanede en az 3 gündür yatan, toplam 1106 hastayla yüz yüze görüşülerek, CBÜ Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik 3. sınıf öğrencilerince toplanmıştır. Çalışma döneminde, araştırmaya kabul koşullarını taşıyan hastaların MDH'de 632/678 (%93.2)'sine, MEDH'nde 474/518 (%91.4)'üne ulaşılmış; ölçeğin 5 alt alanı ve toplam skor ortalamaları -ölçeği geliştirenler tarafından önerildiği gibi- kesme noktası alınmış ve memnuniyet düzeyleri buna göre sınıflandırılmıştır. Veri, SPSS 10.0 programıyla tanımlayıcı ve tek değişkenli çözümleme yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Katılımcıların %51.7'si kadın, %48.3'ü erkek, yaş ortalamaları 53.5±16.3, %24.2'si okur-yazar değil, %47.3'ü ilköğretim ya da ortaokul mezunu, %46.7'si SSK'lı, %25.0'i Bağ-Kur'lu, %19.6'sının sağlık güvencesi yok/Yeşil Kartlı, %72.5'i evli, kadınların %87.2'si ev kadını, erkeklerin %20.4'ü esnaf, %17.4'ü işçi, %64.0'ünün hane nüfusu dört ya da daha az, %11.8'i yalnız, %64.1'i eş ve/veya çocuklarıyla yaşıyor, %55.6'sının geliri giderinden azdır. Hastaların, %35.7'si son bir yılda daha önce hastaneye yatmış, hastaneyi tercih nedenleri %23.6 hizmeti beğenme, %17.3 doktorunun o hastanede olması, %16.8 zorunluluk olarak belirtilmiş; %50.5'i tıbbi, %27.8'i cerrahi tedavi için, %18.5'i de acil başvuruyla yatmışlardır. Hastaların %61.9'u dört ya da daha az kişilik odalarda kalmakta, %98.1'i hastaneye yatarken sorunla karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Temizlik, hastane destek ve yemek hizmetleri ile hemşirelik ve hekimlik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri aynı sırayla; %49.8, %56.0, %60.3, %64.3 ve %69.8 olarak belirlenmiştir.

Tek değişkenli çözümlemelerde; tüm alt alan skorları ve toplam skora göre MDH'ndeki hastaların memnuniyet düzeyleri MEDH'ndekilere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Memnuniyet düzeyleriyle cinsiyet arasında ilişki bulunmazken, tüm alt alan skorları ve toplam skoru açısından, eğitimde ki-kare çözümlemesine göre, yaş arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe, hasta memnuniyeti istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı derecede artmaktadır (p=0.000). Dul ve boşanmışlar, Yeşil Kartı olan ya da güvencesi olmayanlar, geliri giderinden az olanlar, göğüs hastalıkları servislerinde yatanların memnuniyet düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir.

### Sonuç

Yatan hasta memnuniyetinin düşük eğitim, ilerleyen yaş, sağlık güvencesi olmamak ve gelirin giderden az olmasıyla artar görünmesi; nesnel bir değerlendirmeden çok beklentilerin daha düşük olması ve var olanla yetinme durumuyla ilgili görünmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Yatan hasta memnuniyeti, hastane hizmetleri, kalite

- Yrd. Doç. Dr. Serol DEVECİ, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu - serol.deveci@bayar.edu.tr
- Öğr. Gör. Yunus KAPLAN, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu - kap99lan@yahoo.com



**MANİSA'DA AİLE HEKİMLERİNİN HİZMET DENEYİMLERİ VE MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM DURUMLARI****G. ATASOYLU, A. ÖĞRÜK, E. ERTÜRK, O. ÖZTÜRK, Z. TAY****Giriş ve Amaç**

Manisa'da birinci basamak sağlık hizmetleri 01/01/2008 tarihinden itibaren aile hekimliği pilot uygulaması kapsamında sunulmaktadır.

Çalışmanın amacı Manisa'daki aile hekimlerinin hizmet deneyimi ve mezuniyet sonrası eğitim durumlarının saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma, tanımlayıcı tipte bir yönelem araştırması olup, 2008 yılı Haziran-Temmuz aylarında Manisa Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılmıştır. Araştırmada, Manisa İlinde görev yapan aile hekimlerinin başvuru sırasında doldurdıkları bilgi formları kullanılmıştır. Formlarda, hekimlerin yaş, uzmanlık durumu, son görev yerleri, mezuniyet sonrası katıldıkları sertifikalı eğitimler ile çalıştıkları kurumları ve sürelerini içeren dökümleri bulunmaktadır. Ek olarak, Ana ve Çocuk Sağlığı ile Bulaşıcı Hastalıklar Şubelerinden sertifikalı/katılım belgeli eğitimlere katılan hekimlerin listeleri alınmıştır. Aile hekimlerinin başvuru formlarında belirtmedikleri bu şubelere ait eğitimler, eğitim durumlarına dahil edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler, yüzdeler ve aritmetik ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin bilgisayara girilmesi, hesaplanması ve istatistiksel analizler SPSS 11.5 programı yardımıyla yapılmıştır.

**Bulgular**

Manisa İlinde 378 aile hekimliği pozisyonunda bugüne kadar sözleşmeli olarak toplam 380 aile hekimi çalışmıştır. Hekimlerden birinin istifası, diğerinin doğum iznine ayrılması nedeniyle iki yeni hekimle sözleşme imzalanması gerekmiştir. Aile hekimlerinin %73.9'u (n=281) erkek, %26.1'i (n=99) kadındır. Hekimlerin yaş ortalaması 40.9±5.9'dur. Hekimlerin %98.4'ü (n=368) pratisyen, %2.6'sı (n=10) uzmandır.

Hekimlerin %41.1'inin (n=156) son görev yeri sağlık ocağı dışında bir sağlık kurumudur. Aile hekimlerinin ortalama sağlık ocağında çalışma süresi 9.1±6.2 yıldır. Son görev yeri sağlık ocağı olmayan hekimlerin son görev yerinde bulunma süresi ortalama 6.4±5.2 yıldır. Hekimlerin %3.9'unun (n=15) sağlık ocağında hiç çalışmadığı; %7.4'ünün deneyiminin 1 yıldan (n=28); %14.2'sinin (n=54) ise 2 yıldan az olduğu belirlenmiştir.

Ortalama eğitim sayısı 2.52±2.04; süresi 11.6±29.7 gündür. İlk üç sırada bildirilen eğitim konuları bulaşıcı hastalıklar, acil yardım ve işyeri hekimliğidir.

**Sonuç**

Hekimlerin %41'i sağlık ocağı dışında bir kurumdan geçmiş olup %14'ünün sağlık ocağında çalışma deneyimi bulunmamaktadır. Bu grup için, hizmet sunumu ve izleminde temel sağlık hizmetlerinin prensiplerinin benimsenmesine yönelik yaklaşımın gerekli olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler**

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmeti, mezuniyet sonrası eğitim, yönelem araştırması

- Uzm. Dr. GONCA ATASOYLU, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - goncaatasoylu@hotmail.com
- AYŞE ÖĞRÜK, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- ERCAN ERTÜRK, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- Dr. OSMAN ÖZTÜRK, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- Dr. ZİYA TAY, MANISA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

## MANİSA'DA KENT MERKEZİNDE HİZMET KULLANANLAR AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**P. ERBAY DÜNDAR, B. CENGİZ ÖZYURT**

### Giriş ve Amaç

Çalışmada Manisa'da 01.01.2008 tarihinde başlayan aile hekimliği uygulamalarının hizmeti kullananlar tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki çalışma nisan-mayıs 2008 tarihleri arasında Manisa kent merkezinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği sistemi ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği çalışmanın bir parçasıdır. Araştırmanın yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerine bu tarihler arasında başvuran hasta sayısı toplam 3852'dir. Sağlık hizmeti alan kişilerin seçiminde örnekleme yöntemi kullanılmadan 77 adet aile sağlığı biriminde muayenesi tamamlanmış beşer kişiyle görüşülerek toplam 395 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

### Bulgular

Hizmet kullanıcılarının %61.8'i kadın, yaş ortalamaları  $41.3 \pm 14.7$ , %40.5'inin sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalığı vardır. Muayene öncesi bekleme süresi 12.03 dakikadır. Kişilerin %49.4'ü bu sürenin sağlık ocakları sistemine göre aynı. %34.4'ü ise aile hekimliği sisteminde bekleme süresini daha kısa olarak değerlendirmiştir. Ortalama 7.11 dakika olan muayene süresini kişilerin %48.4'ü eskiye göre daha uzun, %43.0'ı daha kısa olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %79'u hekim tarafından hastalıkları hakkında bilgilendirildiklerini bunların %43.5'i kısmen anlaşılabilir şekilde bilgilendirildiklerini söylemişlerdir. ASM'ye gelen hastaların %37'si ortalama 23.60 dk bekleyerek laboratuvar hizmeti almışlardır. Hastaların sürekli gittikleri kurum açısından ilk sırayı %50.1 ile ASM almıştır. ASM'yi %36.2 ile devlet hastanesi ve %10.1 ile üniversite hastanesi takip etmiştir. Hizmet kullanıcılarının değerlendirmesine göre sistem değişiminde en fazla tedavi hizmetlerinde iyileşme olmuştur. En son alınan hizmet açısından bakıldığında da tamamına yakınının tedavi hizmeti aldığı görülmüştür. Hizmet alanların %66.7'si aldığı hizmetten memnun kaldığını ifade etmiş, %58.2'si sistemin değiştiğinden haberdar olmadıklarını belirtmişlerdir.

### Sonuç

Manisa Nüfus Sağlık Araştırması (MNSA) 2005 verileriyle karşılaştırıldığında Aile Hekimliği sisteminin ilk beş ayında; tedavi hizmetleri açısından hizmetten memnuniyet, hastalığa ilişkin bilgilendirme oranlarının aynı olduğunu, muayene öncesi bekleme süresinin sadece 3.5 dakika kısaldığı, muayene süresinin 1 dakika uzadığı, laboratuvar kullanımının ise %6 oranında artmış olduğu ve bu verilerle sözü edilen kişi odaklı tedavi hizmetlerinde kalitenin sağlık ocakları sisteminden farkı olmadığı görülmektedir. Hizmet kullanıcılarının %30'unun memnun olmadığı ve %49'unun hekimini değiştirebileceğini ifade etmesi hekimler arasındaki rekabetin ve bölge kavramının bozulmasının habercisidir.

### Anahtar Kelimeler

Aile hekimliği, tedavi edici sağlık hizmetleri.

◦ Doç. Dr. Pınar Erbay DüNDAR, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - pdundar@hotmail.com

◦ Uzm. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ'NE YAKLAŞIMLARI****N. NUR, S. L. ÖZŞAHİN, S. ÇETİNKAYA, H. SÜMER****Giriş ve Amaç**

Sağlık sistemleri demografik değişim, ortalama gelir, yaşam koşulları gibi baskılar sonucu sağlık sorunlarını karşılayabilecek şekilde donatılmaları için süreç içerisinde büyüklük, kapsam, organizasyon vb. bazı değişikliklere gereksinim duyarlar. Bu değişimin bir ifadesi olan Aile Hekimliği Modeli'nin (AHM) Sivas'ta uygulama kapsamına alınmış olmasından dolayı bu çalışmada, Sivas il merkezinde çalışmakta olan sağlık personelinin AHM ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 01.03.2008 - 30.04.2008 tarihleri arasında Sivas il merkezinde hizmet vermekte olan 19 sağlık ocağında çalışan 349 personelin 224'üne (%64.2) ulaşılarak gerçekleştirildi.

**Bulgular**

Sağlık çalışanlarının %49.1'i AHM'nin Sağlık Bakanlığı'na ait bir proje olduğunu ifade etti. Çalışanların %47.8'i AHM'nin sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayacağını, %60.7'si özlük haklarında bir iyileşme sağlamayacağını, %73.2'si işsiz kalma, rekabet gibi kaygılar taşıdığını ve %62.1'i Aile Hekimi/Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmayı düşünmediğini ifade etti.

**Sonuç**

Sağlık çalışanları arasında Aile Hekimliği Modeli hakkında bilgi düzeyinin yeterli olmaması ve ciddi kaygılara yoi açmış olması sağlık planlamacıları tarafından dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Aile hekimliği modeli, sağlık çalışanları.

- Yrd. Doç. Dr. Naim Nur, Cumhuriyet Üniversitesi - naimnur@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Sefa Levent Özşahin, Cumhuriyet Üniversitesi - sozsahin@cumhuriyet.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Selma Çetinkaya, Cumhuriyet Üniversitesi - drselmacetinkaya@hotmail.com
- Prof. Dr. Haldun Sümer, Cumhuriyet Üniversitesi - hsumer@cumhuriyet.edu.tr

**SAĞLIK OCAKLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ: KONYA ÖRNEĞİ****S. BODUR, E. FİLİZ****Giriş ve Amaç**

Güvenlik kültürü, hasta güvenliği ile ilgili olarak sağlık kuruluşlarında çalışanların ortak değerleri, inançları, tutumları, algılamaları ve davranışlarıdır. Institute Of Medicine'in tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili önerilerinden birisi sağlık hizmeti veren organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesidir. Güvenlik kültürü geliştirme sürecinin ilk basamağı da bu kültürü oluşturan tutum ve algılamaların belirlenmesine yönelik araştırmalardır. Bu çalışmanın amacı, sağlık ocaklarında hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek, güvenlik kültürü algılamasının sağlık çalışanları arasındaki farklılıklarını tanımlamak ve güvenlik kültürü konusunda karşılaştırma verisi sağlamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma 2008 yılında Konya il merkezindeki sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli üzerinde yapıldı. Merkez ilçelerden rasgele seçilen 12 sağlık ocağından araştırmaya katılmayı kabul eden 180 sağlık personeli çalışmaya alındı. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla Agency For Healthcare Research and Quality tarafından geliştirilen Hastane Hasta Güvenliği Anketinin Türkçesi kullanıldı.

**Bulgular**

Çalışmaya katılanların 54'ü (% 30) hekim, 48'i (% 27) hemşire ve 78'i (% 43) diğer sağlık personeli (ebe/sağlık memuru) idi. Hemşirelerin % 60'ı, diğer sağlık personelinin % 56'sı ön lisans mezunuydu. Sağlık çalışanlarının çoğunun mesleki kıdemleri 15 yılın üzerindeydi. Hasta güvenliği alt boyutlarına tüm sağlık çalışanlarının verdiği olumlu cevap yüzdeleri, birimler içinde ekip çalışması (% 74), güvenliğin kapsamlı algılanması (% 56) ve birimler arasında ekip çalışması (% 56) için yüksek bulunurken, hataların raporlanma sıklığı (% 12), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (% 16) ve hasta güvenliği için yönetimin desteği (% 41) alanlarında düşük bulundu. Hekimlerin % 87, hemşirelerin % 92 ve diğer sağlık personelinin % 91'inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri saptandı.

**Sonuç**

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek yöneticilerin öncelikleri arasında yer almalıdır. Sağlık kurumlarında çalışanların mevcut veya olası hataları cezalandırma korkusu olmadan raporlama ortamı oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Güvenlik kültürü, hasta güvenliği, sağlık ocağı

- Prof. Dr. Said BODUR, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi - sbodur@myway.com
- Öğr. Gör. Emel FİLİZ, Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu - efiliz2@hotmail.com

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****T. K. ŞAHİN, L. S. DEMİR****Giriş ve Amaç**

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Betimsel tıpteki bu çalışmaya; Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2 gün ve üzerinde yatarak tedavi gören, 15 yaş ve üzerinde, sözlü olarak iletişim kurabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 341 hasta alındı. Araştırmaya, acil servis, çocuk hastalıkları servisi, çocuk cerrahisi servisi, psikiyatri servisi, anestezi ve reanimasyon servisi dışında diğer tüm yataklı servisler dahil edildi. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu hastaların taburcu işlemleri yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yoluyla dolduruldu. Elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı.

**Bulgular**

Çalışmaya katılanların %47.2'si erkek, %52.8'i kadın hastalardı. Yaş ortalaması  $48.0 \pm 17.3$  olarak tespit edildi. Hastaların %95.0'ı hastaneden genel olarak memnun olduğunu, %5'i ise memnun olmadığını belirtti. Hastaların %93.4'ü ileride herhangi bir hastalık durumunda tekrar bu hastaneyi tercih edeceğini belirtirken, %5.6'sı tercih etmeyeceğini belirtti. Kadın hastaların memnuniyet oranı %97.2, erkek hastaların ise %92.5 olarak tespit edildi. Kadın hastaların genel memnuniyet oranına erkek hastalardan anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0.048$ ). Hastaların medeni, ekonomik, öğrenim, sosyal güvence durumları, taburcu anındaki sağlık durumları, hastaneye geliş şekli, hastanede kaldığı oda tipi, daha önce hastanede yatması ve özel muayene olmanın genel memnuniyeti etkilemediği tespit edildi.

**Sonuç**

Hastaların büyük çoğunluğunun hastaneden genel olarak memnun oldukları ve kadın hastaların memnuniyet oranının erkek hastalardan daha fazla olduğu tespit edildi. Hasta memnuniyeti araştırmaları hastanenin hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla düzenli olarak yapılmalıdır. Bu araştırmalardan elde edilen bilgiler ışığında eksiklikler giderilerek hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti artırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler**

Memnuniyet, yatan hasta, hastane

- Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Arş. Gör. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - lutfi.demir@yahoo.com

## YOZGAT DEVLET HASTANESİ'NDE YATANLARIN, HASTANE OTELCİLİK HİZMETLERİNİ ALGILAYIŞLARININ DEğERLENDİRİLMESİ

**M. KILIÇ**

### **Giriş ve Amaç**

Bu araştırmanın amacı, ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti sunan Devlet hastanelerindeki otelcilik hizmetlerinin, yatan hastalarca nasıl algılandığını tespit ederek, ilgililerin hasta memnuniyetini artırma çabalarına ışık tutmaktır.

### **Gereç ve Yöntem**

Veriler, Yozgat Devlet Hastanesi'nde 16 Nisan-4 Mayıs 2001 tarihleri arasında en az bir gece hastanede yatan tüm hastalar (185 kişi) ile soruları cevaplayamayacak durumda olan hastaların refakatçilerinden (46 kişi) görüşmeci aracılığıyla anket uygulanarak elde edildi.

### **Bulgular**

Araştırmaya alınanların %70,7'si yattıkları odayı, %60,3'ü yatak takımlarını, %40,3'ü tuvaletleri ve %64'ü hastanenin genelini temiz olarak değerlendirmişlerdir. Hastanedeki banyolarda, hastaların tamamı hiç yıkanamadıklarını belirtmiştir. Araştırmaya alınanların %97,4'ü, hastaların kullandığı tuvaletlerde sıvı ve katı el sabunu bulunmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya alınanların %6,1'i yatak takımlarının günde bir, %16'sı iki günde bir, %28,6'sı 3-6 günde bir, %26'sı 7 gün ve daha uzun sürede bir değiştirildiğini ve %23,4'ü ise henüz değiştirilmediğini ifade etmişlerdir. Tüm hastaların %47,2'si, kadınların %53,5'i ve erkeklerin %36,8'i yattıkları odadaki eşya ve malzemeleri yeterli bulmuştur. Hastaların %78,9'u hastane yemeklerinin miktar bakımından yeterli olduğunu, %70,6'sı yemekleri beğendiğini, %48,9'u yemeklerin dağıtımının sağlıklı olduğunu ve %4,6'sı yemeklerin hastane görevlilerince getirilip önüne konduğunu ifade etmiştir.

### **Sonuç**

Sonuç olarak, Devlet hastanesinde sunulan otelcilik hizmetleri, hasta bakım kalitesi ve tatminini sağlamada yeterli olmadığı saptanmıştır. Bu hizmetlerin kalitesini artırmak için daha fazla çaba gösterilmelidir.

### **Anahtar Kelimeler**

Yatan hastalar, hastane, otelcilik hizmetleri, hasta tatmini

• Öğr. Gör. MAHMUT KILIÇ, BOZOK ÜNİVERSİTESİ SAğLIK YÜKSEKOKULU - mahmutkiliç@yahoo.com

**AYNI NEDENLER, AYNI YÖNTEMLER ve AYNI RİSK GRUPLARI; İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDEKİ BU TREND HİÇ DEĞİŞMEYECEK Mİ?****V. ŞENOL****Giriş ve Amaç**

Giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu olarak gündemimize giren intihar girişimleri özellikle 15-25 yaş grubunu hedef alan, bakım ve tedavi masrafları, sağlık ve işgücü kaybı nedeniyle bireyleri, aileleri ve toplumu derinden etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı 2002 ve 2007 yıllarında intihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran olguları sosyo-demografik özellikler, etyolojik faktörler, girişim yöntemleri ve sonuçları açısından incelemektir.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada örneklem kapsamına 2002 yılında başvuran olguların tümü (333), 2007 yılında ise 1/2 sistematik örnekleme tekniğiyle seçilen 167 olgu alınmıştır. Veriler hasta dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi yoluyla toplanmıştır. İstatistiksel analizde Ki-kare testi uygulanmıştır.

**Bulgular**

İntihar girişiminde bulunanların yaş ortalaması 2002'de 25-9, 2007'de 27-10'dur. 2007'de girişim oranlarında 15-24 yaş grubunda azalma, 25-44 yaş grubunda artış gözlenmiştir ( $p<0.05$ ). Girişimler 2002'de bekarlarda, 2007'de evlilerde daha yüksek bulunmuş ( $p<0.001$ ), parçalanmış aile yapısı gösterenlerde anlamlı düzeyde artış göstermiş ( $p<0.01$ ), 2002'de ilkokul mezunlarında, 2007'de ortaokul ve üzerinde eğitim alanlarda yoğunlaşmıştır ( $p<0.05$ ). İntihar girişimleri her iki dönemde de ev kadınlarında daha yüksek görülmüş, 2007'de işsiz girişimci oranı bir önceki döneme göre belirgin düzeyde azalmıştır ( $p<0.05$ ). Girişimlerin yaklaşık yarısı 2002'de 800-1600, 2007'de 1700-2400 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir ( $p<0.05$ ). Her iki dönemde de olguların yaklaşık yarısı 1700-2400 saatleri arasında acil servise başvurmuşlardır ( $p>0.05$ ).

Her iki dönemde de aile içi geçimsizlik en önemli girişim nedenini ( $p<0.001$ ), toksik dozda ilaç alımı en sık kullanılan girişim yöntemini ( $p<0.01$ ) oluşturmuştur. Girişim sonuçları önceki döneme göre 2007'de daha hafif seyretmiş, bilinç kaybı, sakatlık ve sekelle sonuçlanan girişimler belirgin düzeyde azalmıştır ( $p<0.001$ ).

**Sonuç**

Özette parasüid nitelikli girişimlerin hala 15-24 yaş grubu gençlerde ve kadınlarda kararlılık göstermesi, girişim nedenleri ve yöntemlerinin hemen benzer olması düşündürüktür. Girişimlerin giderek eğitim seviyesi yüksek gruplarda ve genç erişkinlerde yoğunlaşma eğilimi göstermesi, girişim zamanının dilim değiştirmesi, acil servise geç başvuruların süreçenlik göstermesi ilginçtir. Bütün bu sonuçlar intihar girişimlerini hazırlayan ve tetikleyen faktörlerin azaltılmasına yönelik radikal önlemlere acilen ivme kazandırılmasını zorunlu kılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

İntihar girişimi, intihar etyolojisi, intihar sonuçları

\* Yrd. Doç. Dr. Vesile ŞENOL, Erciyes Üniversitesi - vsenol@erciyes.edu.tr

## BİR SAğLIK OCAğINA BAŞVURAN 15 YAŞ ÜZERİ KİŞİLERİN SAğLIK KURUMLARINDA KÖTÜ MUAMELE GÖRME DURUMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ

**Nüket PAKSOY ERBAYDAR, Zafer ÖZTEK, Uğur Nadir KARAKULAK, Tuğba KİP, Turgut DURAK**

### **Giriş ve Amaç**

Sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere yönelik kötü muamelesi karanlıkta kalmış bir konudur. Sağlık çalışanlarından kaynaklanan kötü muamele direk hasta bakımıyla ilgilenen personelin bakımı altındaki kişilere zarar verecek herhangi bir davranışta bulunması olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada bir sağlık ocağına başvuran kişilerin sağlık kuruluşunda sağlık çalışanlarından kötü muamele görme durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Ankara'da 14-17 Nisan 2008 tarihleri arasında bir sağlık ocağına başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 15 yaş üstü kişiler arasında (198 kişi) yapılmıştır. Araştırmanın verileri 15 soruluk bir anket formunun yüz yüze uygulanması ile toplanmıştır. Anket formundaki 12 soru katılımcının sosyo-demografik özellikleri ile, 3'ü ise sağlık kuruluşunda kötü muamele deneyimleri ile ilgilidir. Sağlık çalışanlarından kaynaklanan kötü muamele, sözel, fiziksel, ekonomik, cinsel ve ihmâl boyutlarında incelenmiştir.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılanların %73,2'si kadın, %31,3'ü 15-29 yaş grubunda, %32,8'i ilkokul mezunu ve %65,7'si evlidir. Sağlık güvencesi %52,5 düzeyinde SSK olan katılımcıların %91,4'ünün çalışmadığı, %62,1'inin kendini orta gelir grubunda gördüğü, %7'sinin ortopedik ya da görme özürülü olduğu ve %47'sinin kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %35,4'ü sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanından kaynaklanan kötü muamele gördüğünü ifade etmiştir. Engelli olanlar, 60 yaşından genç olanlar, ilkokul üzeri öğrenim görenler daha fazla kötü muamele gördüklerini belirtmişlerdir (sırasıyla  $p=0,019$ ;  $p=0,015$ ;  $p=0,002$ ). Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, ve etnik kökene göre kötü muamele görme durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Kötü muamelelerin en sık görüldüğü sağlık kuruluşları devlet ve SSK hastaneleri iken en az görüldüğü yerler özel sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık kuruluşunda en çok kötü muamele gösteren sağlık çalışanları hekimlerdir. Erkek sağlık çalışanları kadınlardan daha fazla kötü muamele yapmaktadır. Gösterilen kötü muamele en çok azarlama ve tersleme şeklindedir. Hastalar kötü muameleden çok etkilenmekte, kötü muamele karşısında çoğunlukla tepki göstermemektedirler.

### **Sonuç**

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının başvuran kişilere kötü muamelede bulunma sıklığının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık kuruluşlarında şiddet kime uygulanırsa uygulansın insan hakları ihlalidir ve önlenmelidir.

### **Anahtar Kelimeler**

sağlık çalışanından kaynaklanan kötü muamele

- Yrd. Doç. Dr. NÜKET PAKSOY ERBAYDAR, HACETTEPE ÜNİV. TIP FAK. HALK SAğLIğI A.D. - erbaydar@hacettepe.edu.tr
- Prof. Dr. Zafer ÖZTEK, HACETTEPE ÜNİV. TIP FAK. HALK SAğLIğI ANABİLİM DALI - zoztek@hacettepe.edu.tr
- Dr. Uğur Nadir KARAKULAK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ -
- Dr. Tuğba KİP, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ - tugbakip@hotmail.com
- Dr. Turgut DURAK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ -



## ESKİŞEHİR İLİ BEYLİKOVA İLÇESİ ÖĞRENCİLERİNDE ŞİDDET VE ŞİDDETLE İLİŞKİLİ RİSKLİ DAVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Selma METİNTAŞ, Cemalettin KALYONCU, Gültekin UYANIK, İnci ARIKAN**

### Giriş ve Amaç

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen tehdit veya fiziksel zor kullanma olarak tanımlanmaktadır. Şiddet, dünya nüfusunun 1/5'ini oluşturan 11-17 yaş grubu arasında da önemli bir sağlık sorunudur. Araştırma, kırsal alan öğrencilerinde şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama sıklığı ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma, Eskişehir ili Beylikova ilçesi'nde tüm ilköğretim ikinci kademe ve lise okullarına gidildiğinde mevcut olan 364 (%95) öğrenciye sosyodemografik özellikleri, öğrencinin kendini algılama biçimleri, alkol ve sigara kullanma alışkanlıkları, şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama, okuldaki şiddet ve saldırganlık durumları, fiziksel aktivite düzeyleri (Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)'nin 7 günlük kısa formu) ile son 7 gün süresince televizyon, bilgisayar, internet ve cep telefonu kullanma sürelerinin sorgulandığı yedi bölümden oluşan bir anket uygulandı. Öğrencinin ismini içermeyen anket, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin gözetiminde her bölüm için ayrı ayrı açıklama yapıldıktan sonra dolduruldu. Şiddetle karşılaşma ve şiddet uygulama iki ana bağımlı değişken olarak alındı ve etkili bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde lojistik regresyon uygulandı.

### Bulgular

Çalışma grubunun %51.1'i erkek, % 48.9'u kız öğrencilerden oluşmaktadır. Şiddetle karşılaşma sıklığı erkeklerde %41.7, kızlarda %25.4, şiddet uygulama sıklığı erkeklerde %53.8, kızlarda %25.0 olarak bulundu. Öğrenciler şiddetle en yoğun olarak sokakta (%66) ve okulda (%35.5) karşılaştıklarını, en fazla şiddeti öğretmen, baba ve büyüklerden gördüklerini bildirdiler. Öğrencilerin şiddetle karşılaşmalarında etkili değişkenler, öğrencinin şiddet uygulayıcısı olması, obez olması ve son 30 gün içerisinde bir defadan fazla alkol kullanması olarak bulundu. Öğrencinin şiddet uygulamasında ise, erkek olma, ailenin gelir düzeyinin düşük olması, şiddetle karşılaşmış olma, düzenli sigara içicisi olma, günde 30 dakikadan fazla cep telefonu (konuşma, mesaj, oyun gibi amaçlar) kullanma etkili değişkenler olarak bulundu.

### Sonuç

Öğrencilere şiddetten uzaklaştırıcı eğitimler verilmeli ve başa çıkabilmeye ilişkin çok yönlü müdahale çalışmaları yapılmalıdır.

### Anahtar Kelimeler

Öğrenci, şiddet, riskli davranış

- Prof. Dr. Selma Metintaş, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - selmamet@ogu.edu.tr
- Prof. Dr. Cemalettin Kalyoncu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - kalyoncu@ogu.edu.tr
- Arş. Gör. Dr. Gültekin Uyanık, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - tekyn@windows.live.com
- Arş. Gör. Dr. İnci Arıkan, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - incikilinc@mynet.com

**HATAY'DA SAğLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET SIKLIğI, TÜRLERİ VE ÖNLEMLER****Tacettin İNANDI, Selim MATKAP, Ebru TURHAN, Riyat KIRMIZIOğLU****Giriş ve Amaç**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet önemli bir sorun olarak dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, Hatay'da çalışan sağlık personeline yönelik şiddetin sıklığı ve türleri ile şiddetin işyeri ve kişisel etkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel nitelikteki bu çalışmanın evrenini Hatay il sınırları içindeki toplam 3891 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Veriler Ocak 2007 tarihinde toplanmıştır. Yaklaşık 3500 form elden dağıtıldı 841 toplandı (Yanıtlama oranı 24.1). Anket formunun geliştirilmesinde, Uluslar arası Çalışma Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Hemşirelik Konseyi ve Uluslar arası Kamu Hizmetleri örgütlerinin birlikte yürüttüğü "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti" adlı çalışmanın anketinden yararlanılmıştır.

**Bulgular**

Meslek grupları açısından ilk üç sırayı hemşire, ebe ve doktorlar almıştır (sırası ile % 34.7, 19.6, %18.8). Yaş ortalaması 34.5±7.6 ve ortalama çalışma süreleri 12.1±7.6'dır. Katılımcıların %69.5'ini kadınlar oluşturmaktadır ve % 72.6'sı evlidir. Araştırmaya katılanların % 80.9'u memur statüsündedir.

Son bir yılda herhangi bir şiddete maruz kalma sıklığı %41.2'dir ve en sık (% 35.7) sözel şiddet görülmektedir. Tehdit ikinci sırada, fiziksel şiddet üçüncü ve cinsel şiddet ise son sıradadır.

Katılımcıların % 23.8'i işyerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bir politika olduğunu bildirmiştir. Bu oran fiziksel şiddet için % 10.9, sözel taciz için % 5.0, cinsel ve etnik taciz için %5.9, gruplaşma ve çeteleşmeye için % 5.9, işyerinde tehdit için % 5.4'tür.

Şiddet sıklığı, % 58.7 ile sağlık memurlarında en yüksek iken, % 34.0 ile ebelerde en düşüktür. Çalışma yeri açısından bakıldığında, şiddet sıklığı sırası ile ambulans, hastane ve sağlık ocağı şeklindedir. Acil serviste çalışanlar diğer yerlerde çalışanlara göre 2 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadır.

Lojistik regresyon analizinde, acil servis ve meslek grubu ile şiddet sıklığı arasındaki ilişki korunurken (p<0.05), işyeri ile arasındaki ilişki kaybolmuştur.

**Sonuç**

Sonuç olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yaygın bir sorun olarak gözlenmektedir. Şiddeti önlemeye yönelik kurumsal politikalar yetersizdir. Şiddetin son yıllarda arttığını söylemek güç olmakla birlikte kanımız arttığı yönündedir.

**Anahtar Kelimeler**

Sağlık çalışanı, şiddet sıklığı, politika, Hatay

- Dr. Selim MATKAP, Hatay Tabip Odası -
- Üzm. Dr. Ebru TURHAN, Antakya Devlet Hastanesi -
- Dr. Riyat KIRMIZIOğLU, Hatay Tabip Odası -
- Doç. Dr. Tacettin İNANDI, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı - inandit@gmail.com

**KADINA YÖNELİK EV İÇİ ŞİDDET VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****T. G. TELATAR, A. AKIN****Giriş ve Amaç**

Kadına yönelik en sık görülen şiddet türlerinden birisi ev içi şiddettir. Bu çalışmada kadına yönelik ev içi şiddete etki eden faktörler ve ev içi şiddetin sıklığı belirlenmeye çalışılmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada Ekim 2006 tarihinde Ankara İlindeki bir sağlık ocağına başvuran 243 evli kadınla görüşülmüştür. Görüşülen kadınların 71 tanesi çalışmaya katılmayı, zaman kısıtlılığından dolayı, kabul etmemiştir. Veriler 20 soruluk yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır ve araştırmanın yapıldığı kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Verilerin analizinde, fiziksel, duygusal ve sözel şiddete etki eden faktörlerin tanımlanmasında Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $35.4 \pm 11.1$  ve sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması  $2.6 \pm 1.5$ 'tir. Katılımcıların tamamının çocuğu vardır ve %72.7'si ilkokul ya da daha düşük öğrenim düzeyine sahiptir. Kocasından fiziksel şiddet görmek ile: kocanın işsiz olması (OR: 5.9 %95 CI: 1.3-26.4), evlenmeden önce duygusal şiddete maruz kalmış olmak (4.5: 1.3-5.9), isteği dışında evlendirilmiş olmak (3.1: 1.3-7.6) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Duygusal şiddete maruz kalmak ile ilişkili bulunan faktörler: fazla sayıda çocuk sahibi olmak (1.5: 1.1-2.1), kocanın işsiz olması (12.9: 2.0-82.2), evlenmeden önce duygusal şiddete maruz kalmış olmak (11.3: 2.7-48.2) ve şiddete tanık olmuş olmak (5.7: 1.3-24.6). Sözel şiddete maruz kalmak ile şiddete tanıklık etmiş olmak (2.3: 1.2-4.6), ve zorla evlendirilmiş olmak arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (8.5: 3.0-23.9).

**Sonuç**

Toplum içerisinde kadının statüsünü yükseltmeyi ve çocukların ev içinde şiddete tanıklık etmelerini önlemeyi amaçlayan müdahaleler, kadına yönelik şiddetin önlenmesinde önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

Ev içi şiddet, kadına yönelik şiddet

- Uzm. Dr. Tahsin Gökhan Telatar, Sinop Sağlık Müdürlüğü - gokhantelatar@yahoo.com
- Prof. Dr. Ayşe Akın, Hacettepe Üniversitesi - ayseakin@gmail.com

## KAYSERİ İLİNDE SEÇİLMİŞ İKİ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE KADINLARIN ŞİDDETE BAKIŞ AÇILARI

**Melis NAÇAR, Zeynep BAYKAN, Serpil POYRAZOĞLU, Fevziye ÇETİNKAYA, İsmail KÖSE, Ayşegül ARDIÇ**

### Giriş ve Amaç

Kadına yönelik aile içi şiddet, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların herhangi bir nedenden ötürü şiddeti hak ettiklerine inanmaları, bu konuda şikayetçi olmalarını engellemekte ve olayın nesiller boyu devam etmesine neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Kayseri’de seçilmiş iki sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların aile içi şiddete bakış açılarını çeşitli yönlerle ortaya koymaktır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma, 2008’de Kayseri İlinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ve düşük olan iki sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır. Kesitsel tipte olan bu çalışmada, sağlık ocaklarına herhangi bir nedenden dolayı hizmet almak için başvuran 15 yaş ve üzeri tüm kadınlara (sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgeden 246, düşük bölgeden 109 toplam 355 kadın) anket uygulanmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması, 34,0±10,9; %82,3’ü evli, %12,4’ü bekâr, %5,4’ü duldu. Şiddeti haklı görmeyi gerektirebilecek herhangi bir nedene evet diyenlerin oranı %52,1’di. Kadınlar: kadının kocasına karşılık verme (%19,7), çocuklarının bakımını ihmal etme (%19,7), kocasından habersiz dışarı çıkma (%17,2), parayı gereksiz yere harcama (%16,1), cinsel münasebette bulunmayı reddetme (%12,1) ve yemeği yakma (%9,6) durumlarında kendilerine şiddet uygulanmasının haklı olduğunu düşünmekteydi. Düşük sosyoekonomik düzeydeki bölgede yaşayan kadınlar 2,1 kat, eğitim düzeyi sekiz yıl ve altında olanlar 2,8 kat daha fazla kadına yönelik şiddeti haklı görmekteydiler. Medeni durum ve yaş şiddeti haklı görmeyi etkilememiştir.

Şiddet gören kadınların “sizde şiddet görmenize neden olan faktörler nelerdir?” sorusuna verdikleri en sık üç cevap, kendilerini suçlu olarak görmeleri (%38,6), eşin ailesinin etkisi altında kalması (% 18,2) ve erkeğin psikolojik olarak sorunlu olması (%13,6)’dır.

Kadınlara fiziksel şiddete uğrarlarsa ne yapacakları sorulduğunda, %46,1’i kabulleneceğini, %29,7’si polise başvuracağını, %16,5’i evi terk edeceğini, % 8,6’sı şiddeti uygulayana kendisinin de şiddet uygulayacağını belirtmişlerdir.

### Sonuç

Her ne kadar kadına karşı aile içi şiddet dünyada kadının temel insan haklarının ihlali olarak kabul edilse de bu çalışma sonucunda kadınların %52,1’inin şiddeti haklı gördüğü görülmektedir. Bu konuda, sağlık çalışanlarında farkındalığın artırılması ve eğitimlerde konuya ağırlık verilmesinin sağlanması önerilebilir.

### Anahtar Kelimeler

Aile içi şiddet, Kadınlar, Bakış açısı, Kayseri

- Yrd. Doç. Dr. Melis NAÇAR, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi A.D. - mnacar@erciyes.edu.tr

**TIP FAKÜLTESİ DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİNİN AİLE İÇİ ŞİDDETE FARKINDALIK DURUMLARI****G. AĞRIDAĞ****Giriş ve Amaç**

Gizli bir epidemi olarak kabul edilen aile içi şiddetin sağlık sonuçları doktorların önüne gelmektedir. Bu gizli epideminin görünür hale gelmesinde doktorun aile içi şiddetin farkında olması önemlidir. Bu farkındalık hizmetin verilmesinde de etkiler. Ülkemizde bu konuların tıp eğitimi içerisine alınması artık yasalarla da istenir olmuştur. Bu çalışmada son sınıf tıp öğrencilerinin aile içi şiddet konusundaki farkındalıklarının ve tutumlarının tanınlanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Dönem VI öğrencilerine aile içi şiddete farkındalık düzeylerini ölçmek üzere temmuz-ağustos 2007 de anket uygulandı. Anketi 120 (%82.8) öğrenci tam yanıtladı 3'ü (%2.1) sadece demografik soruları yanıtladı, 2'si (%1.4) ise boş form verdi. Diğerlerine nöbet yada yurt dışında olmaları nedeni ile ulaşamadı. Ankette 16 şiddet farkındalık sorusu olmak üzere 28 soru vardı. Farkındalık soruları şiddetin tanımı (4 soru), neden bulma yaklaşımı (5 soru), toplumsal cinsiyet bağlantısı (5 soru) ve çözüm bakışı (2 soru) konularını içeriyordu. ayrıca 3 şiddet öz geçmişi sorusu vardı. Soruların değerlendirilmesi 0-1 puan arasında yapıldı. Ankette tutum ve ders talepleri de soruldu. Analizlerde x2, frekans dağılımları kullanıldı.

**Bulgular**

Toplam şiddet farkındalık ortalaması  $8.56 \pm 2.90$  (min:2, mak:15) puandı. En yüksek farkındalık ortalaması toplumsal cinsiyet sorularında gözlemlendi ( $2.56 \pm 1.14$ ). Farkındalık sorularında 12-15 doğru cevaplama %18.3 bulundu. Öğrencilerin %63.8 i 2-3 şiddet öz geçmişi puanı aldı ve %61.2 si yakın çevresinde aile içi şiddete tanık olmuştu. Şiddet öz geçmişi ve şiddete tanık olma ile farkındalık puanları arasında ilişki önemsizdi. %75.8 i üçüncü kişilerin bir şeyler yapabileceğini düşünüyordu. Aile içi şiddet vakası ile karşılaştığında %32.5 ne yapacağını bilmiyordu. %25.0 sadece tıbbi hizmet, %28.4 ise adli makamlara bildirim yapabileceğini ifade etti. Eğitim sürecinde aile içi şiddet içerikli ders olduğunu söyleyenler %51.7, daha fazla ders isteyenler %81.6 idi.

**Sonuç**

Öğrenciler şiddetin farkında değillerdi. Bu durumda: aile içi şiddet vakaları kendileri söylemediğinde doktorun sorunu fark etmesi ve hizmet sunumunun gereğini yapması mümkün değildir. Fiziksel yada ruhsal bir tanı ile sonuçlandırılan muayene ile sorun gizli epidemi olma özelliğini korumaya devam eder. Öğrencilerin de istediği gibi tıp eğitiminde şiddet, toplumsal cinsiyet ve sağlık bağlantılarının tartışıldığı derslere çok ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler**

Tıp eğitimi, aile içi şiddet, farkındalık

- Prof. Dr. Gülseren AĞRIDAĞ, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. - gagridag@cu.edu.tr

## YAZILI MEDYADA KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARI

### E. USKUN

#### **Giriş ve Amaç**

Yazılı, görüntülü ya da sesli medya ürünleri, kendi dışlarında varolan gerçekliği yalnızca temsil eden metinler olarak değil, kadının geleneksel toplumsal konumuna ilişkin söylemleri dolaşıma sokarak yeniden anlamlandıran pratiklerdir. Kadınlara uygulanan şiddete ilişkin haberler genellikle toplumsal yapının sarsılmayacağı bir biçimde verilir ve geçerli bir nedeni olduğu vurgulanmaya çalışılır.

Bu araştırma yazılı medya ürünlerinde yayımlanan kadınlara yönelik şiddet olgularının tanımlayıcı değerlendirmesini yapmak amacıyla planlanmıştır.

#### **Gereç ve Yöntem**

Nisan 2008'de gerçekleştirilen bu çalışma gözlemsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni belirtilen dönemde yayımlanan tüm gazetelerdir. Araştırmaya tirajı en yüksek beş gazeteden rasgele yöntemle seçilen üçü dahil edildi ve bir ay süre ile, asıl ve ekleri izlenerek kadına yönelik şiddet olgusunu içeren haberler, yayımlandığı gün, yer aldığı sayfa, sayfadaki yeri, haber başlığı, şiddetin türü, şiddete uğrayan kadının ve şiddet uygulayanın özellikleri ve olayın sonucu yönünden incelendi. Veriler bilgisayarda işlenerek tanımlayıcı istatistikler yapıldı.

#### **Bulgular**

Araştırma süresince, 102 kadına yönelik şiddet olgusu, 168 kez (%39.3'ü tekrar) haber olarak yer almıştı. Gazete başına günlük ortalama 1.9 adet haber düşmekteydi. Haberlerin %93.5'i asıl gazetede, %26.8'i üçüncü sayfada, %41.1'i sayfanın 1/3 üst kısmında, %31.0'i büyük punto ve %79.2'si şiddet içerikli başlıkla yer almıştı. Olguların %26.5'i fiziksel, %33.3'ü cinsel şiddetti ve %34.3'ünde kadının ölümüyle sonuçlanmıştı. Tekrarlanan haberlerin (n:66) çoğunluğu (%59.1) cinsel şiddet olguları ile ilgiliydi. Habere konu olan kadınların yaş ortalaması 26.5±16.8'di (min:4-max:94). Olguların %83.4'ünde şiddeti uygulayan erkekti ve %65.7'si kadının tanıdığı bir kişiydi.

#### **Sonuç**

Şiddet haberleri gazetelerin tiraj kazanmak için kullandıkları en önemli haber kategorisine girmektedir. Bu araştırmanın sonucunda inceleme süresince yazılı medyada her yaş grubunda kadına yönelik şiddetin yer aldığı, çoğunlukla cinsel şiddetle ilgili haberlerin tekrarlandığı ve sayfada büyük puntolarla yer verildiği belirlendi. Kadına yönelik şiddetin sıklığını ve türünü belirlemeye yönelik araştırmalarda belirlenen sonuçlar, kadınların araştırmacılarla paylaştıkları ile sınırlı kalmaktadır. Araştırmalarda çoğunlukla paylaşılmaktan kaçınılan cinsel şiddet olgularının yazılı basında daha çok yer alması ise dikkat çekicidir.

#### **Anahtar Kelimeler**

Kadın, şiddet, yazılı basın, gazete, medya.

• Doç. Dr. Ersin Uskun, S.Demirel Ün. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ersinuskun@gmail.com

**BİR TIP FAKÜLTESİ 5. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TIP EĞİTİMLERİ SÜRECİNDEKİ PRATİK UYGULAMALAR KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ**

Ercan GÖÇGELDİ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Muharrem UÇAR, Hakan YAREN, Süleyman CEYLAN

**Giriş ve Amaç**

Tıp fakültesi eğitimindeki pratik uygulamalar hekim adayı için en az teorik eğitim kadar önem taşımaktadır. Bu çalışmada bir tıp fakültesi 5.ve 6.sınıf öğrencilerinin tıp eğitimleri sürecindeki pratik uygulamalar konusundaki düşüncelerinin bir arada incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Bu tanımlayıcı çalışma. GATA Askeri Tıp fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinde Şubat 2008 tarihinde gerçekleştirilmiştir. 5. sınıf öğrencilerinin %79.8'ine (83/104), 6. sınıf öğrencilerinin %80.4'üne (78/97) ulaşılabilmektedir. Soru formu araştırmacılar tarafından, GATA Askeri Tıp Fakültesi İntörn Etkinlik Defterlerindeki pratik uygulamalar dikkate alınarak hazırlanmıştır. Soru formunda öğrencilerin pratik uygulamalar konusundaki düşünceleri ile ilgili 8 soru ve 41 adet pratik uygulama yer almış. öğrencilerin bu pratikleri yapıp yapmadıkları sorulmuştur. Tanımlayıcı istatistik olarak kesikli veriler için sayı ve yüzde, sürekli veriler için aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

**Bulgular**

Öğrencilerin yanıtları sırasıyla 5. ve 6.sınıf öğrencilerindeki yüzdeler şeklinde verilmiştir.Yeterli pratik yapabilme imkanı bulma 5.ve 6.sınıf öğrencilerinde sırasıyla(%48.2-%71.8), pratik uygulamalar için yeterli zaman bulabilme(%37.3-%56.4), eğitimi süresince yeterli pratik yapabildiğini düşünme(%14.5-%28.2) şeklindedir. Pratik uygulamalarda en çok yararlandıkları sağlık personeli sırasıyla uzmanlık öğrencileri(%72.3-%74.4), öğretim üyeleri(%15.7-%17.9), hemşirelerdir(%4.8-%6.4).En çok pratik uygulama yapabildikleri stajlar Anestezi ve Reanimasyon(%31.3-%26.9), Genel Cerrahi(%30.1-%26.9), İç Hastalıkları(%6.0-%21.8), KBB(%12.0-%1.3), Acil Tıp(0-%10.3), Halk Sağlığı(0-%7.7), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları(%7.2-%3.8) şeklindedir.Öğrencilerin bazı uygulamaları yapamamalarının nedenleri fırsat bulamamak(%51.8-%67.9) ve ilgisizlik(%48.2-%30.8) şeklindedir. Yapamamış oldukları uygulamaları eğitim sürecinin geri kalan kısmında yapabileceğini düşünenler %86.7-%76.9'udur.Soru formunda yer alan uygulamalardan öğrencilerin %75'inden fazlası tarafından yapılanların yüzdesi sırasıyla %14.6-%43.9, %25'inden daha azı tarafından yapılanların yüzdesi %46.3-%17.1'dir.

**Sonuç**

Çalışmada, GATA Askeri Tıp Fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin pratik uygulama sıklıklarını karşılaştırmak amaçlanmamıştır. 6.sınıf öğrencilerinin uygulama sıklığının daha fazla olması beklenen bir sonuçtur. Bulgulara bakıldığında, pratik uygulamaları yapmış olanların yüzdeleri genel olarak 5.sınıflardan 6.sınıflara doğru bir artış göstermiştir. İntörlük döneminin pratik uygulamaya yönelik olmasının, sonuçların elde edilmesinde büyük katkısı olduğu düşünülmüştür. Öğrencilerin çoğunluğu pratik uygulamalar konusunda eksiklikleri olduğunu belirtmekte ve öğrenimlerinin geri kalan zamanında bu eksikliklerini giderebileceklerini düşünmektedirler.Öğrencilerin pratik uygulamalara katılımı konusunda daha fazla teşvik edilmesi, henüz faaliyete geçen beceri eğitimi laboratuvarının tüm sınıflardan gönüllü öğrencilerin kullanımına açılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Tıp eğitimi, pratik uygulama, intörlük

- Yrd. Doç. Dr. Ercan GÖÇGELDİ, GATA Halk Sağlığı A.D. - ercang2002@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA Halk Sağlığı A.D. - h.istanbulluoglu@hotmail.com
- Yrd. Doç. Dr. Muharrem UÇAR, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji A.D. - muharremucar@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Hakan YAREN, GATA Tıbbi NBC B.D. - fhakan@yahoo.com
- Doç. Dr. Süleyman CEYLAN, GATA Halk Sağlığı A.D. - sceylan\_2000@yahoo.com

## BİR TIP FAKÜLTESİ ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNİN PRATİSYEN HEKİM OLARAK YETERLİLİK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ercan GÖÇGELDİ, Hakan İSTANBULLUOĞLU, Necmettin KOÇAK, Süleyman CEYLAN, Muharrem UÇAR

### Giriş ve Amaç

Çalışmanın amacı, bir tıp fakültesindeki intörnlerin sık karşılaşılan bazı hastalıkların tanısını koyabilme, tedavisini planlayabilme, acil durumlara müdahale edebilme, tıbbi uygulamaları ve resmi işlemleri yapabilme konularındaki yeterlilik algılarının değerlendirilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışma GATA Tıp Fakültesinde, intörnlük döneminin son stajındaki intörnlerde Temmuz 2008'de gerçekleştirilmiştir. İntörnlerin %71.7'ine (81/113) ulaşılmıştır.

Soru formunda, Çekirdek Eğitim Programından seçilen ve birinci basamakta sık karşılaşılan 14 hastalığın tanısını koyabilme ve tedavilerini planlayabilme, 12 acil duruma müdahale edebilme, 12 tıbbi uygulama ve 8 resmi işlemi yapabilmeye ilgili sorular yer almıştır. Soru formları gözlem altında doldurulmuştur. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların tamamının tinea pedis, ASYE, besin zehirlenmesi, hipertansiyon tanısını koymada kendini yeterli gördüğü, 5'inin (%6.2) depresyon, 8'inin (%9.9) parazitozlar, 11'inin (%13.6) derin ven trombozu tanısını koymada yeterli görmediği belirlenmiştir.

Katılımcıların 80'i (%98.8) gastroenteritin, 79'u (%97.5) ASYE ve besin zehirlenmesinin tedavisi konusunda kendini yeterli görmüş, 29'u (%35.8) menenjitlerin, 38'i (%46.9) derin ven trombozunun, 42'si (%51.9) depresyonun tedavisinde yeterli görmemiştir.

Katılımcıların 80'i (%98.8) anafaksiye, 77'si (%95.1) astım atağına, 76'sı (%93.8) AMI'a müdahalede kendini yeterli görürken, 25'i (%30.9) akut batına, 26'sı (%32.1) üst GİS kanamasına, 35'i (%43.2) doğum eylemine müdahalede kendisini yeterli görmemiştir.

Katılımcıların tamamı İM enjeksiyon, damar yolu açma ve sütür koyup alabilme konularında kendini yeterli görürken, 9'u (%11.1) nazogastrik sonda uygulama, 11'i (%13.6) atel uygulama, 26'sı (%32.1) kan ve kan ürünleri takmada kendilerini yeterli görmediğini belirtmiştir.

İntörnlerin 78'inin (%96.3) reçete düzenleme, 62'sinin (%76.5) sağlık eğitimi yapma, 48'inin (%59.3) travmalı hastaya adli rapor yazma konularında yeterlilik algıları yüksek, 39'unun (%51.9) personelden savunma isteme, 52'sinin (%64.2) resmi aracın sevk ve idaresi, 56'sının (%69.1) resmi sağlık raporu verme konularında düşük olarak saptanmıştır.

### Sonuç

Soru formunda belirtilen hastalıklar, müdahaleler ve uygulamalarda intörnlerin çoğunluğunda yeterlilik algısının yüksek, resmi işlemlerde daha düşük olduğu gözlenmiş, uygulama olanağı bulunan konularda yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu değerlendirilmiş, resmi işlemlerle ilgili uygulamaların eğitim programlarında artırılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

### Anahtar Kelimeler

Tıp eğitimi, intörn, yeterlilik algısı

- Yrd. Doç. Dr. Ercan GÖÇGELDİ, GATA Halk Sağlığı AD - ercang2002@yahoo.com
- Arş. Gör. Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA Halk Sağlığı AD - h.istanbulluoglu@hotmail.com
- Arş. Gör. Dr. Necmettin KOÇAK, GATA Halk Sağlığı AD - drnkocak@mynet.com
- Doç. Dr. Süleyman CEYLAN, GATA Halk Sağlığı AD - sceylan\_2000@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Muharrem UÇAR, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD - muharremucar@yahoo.com



**BİR TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ SINIFINDA UYGULANAN İLKYARDIM EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****E. USKUN, Y. SÖNMEZ****Giriş ve Amaç**

Tıp fakültesi öğrencileri gerek üniversite eğitimi süresince gerekse mezuniyet sonrası sahada her an acil bir olgu ile karşılaşabilirler. Her hekim mezun olmadan önce ilkyardım bilgisi ile donatılmalı ve temel yaşam desteği becerilerini kazanmalıdır. Bu beceriler hekimin kendine olan güveninin gelişmesinde de katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma tıp fakültesi birinci sınıfta verilen ilkyardım eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın yapıldığı tıp fakültesinde, 2007-2008 eğitim yılında birinci sınıflara yarısı pratik uygulama olmak üzere toplam 32 saat ilkyardım eğitimi verilmiştir. Eğitimin içeriğinde: ilkyardımın ABC'si, mekanik obstrüksiyonlarda ilkyardım, kanama kontrolü, kırıklara ilkyardım, şokun tanınması ve önlenmesi gibi bilgi ve beceriyi içeren eğitim ve uygulamalar bulunmaktadır.

2008 yılı Nisan-Mayıs aylarında gerçekleştirilen bu çalışma, önce-sonra düzenlemeli müdahale tipi bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini ilkyardım eğitimi alan tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (n:90). Öğrencilere uygulamalı beceri eğitimlerinin verildiği dört konuda (temel yaşam desteği (TYD), kanama kontrolü, şok ve koma durumunun tanınması ve ilkyardım, kırıklara ilk yaklaşım) sırasıyla 16, 14, 10 ve 14 soruluk, doğru yanlış cevap seçenekli dört ayrı test hazırlandı. Her konunun teorik-pratik eğitimleri öncesinde (ön-test) ve sonrasında (son-test) ilgili testler uygulandı. Eğitim öncesi ve sonrası uygulamada, doğru cevap verilen her soru için bir puan verilerek, her konuya ait ön-test ve son-test puanları hesaplandı. İstatistik analizlerde tanımlayıcı istatistikler, paired t-test, Pearson korelasyon testleri kullanıldı.

**Bulgular**

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $19.2 \pm 0.9$ , %58.9'u kız, %47.8'i anadolu lisesi çıkışlıydı. Ön-testten ve son-testten alınan puan ortalamaları TYD:  $10.5 \pm 1.6$  ve  $14.8 \pm 1.2$ , kanama kontrolü:  $9.0 \pm 1.5$  ve  $13.2 \pm 0.9$ , şok:  $7.0 \pm 1.2$  ve  $7.7 \pm 0.9$ , kırıklar:  $10.6 \pm 1.6$  ve  $13.7 \pm 0.5$  idi. Her dört eğitimde de ön-test ile son-test puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ( $p < 0.0001$ ).

**Sonuç**

Eğitimde, çok sayıda etmen öğrenme sürecine etki etmektedir. Yetişkinler bilgiye gereksinim duyduklarında daha çabuk öğrenmektedirler. Bu araştırmanın sonucunda, hekimlik eğitiminin yüksek motivasyonlu ilk yılında uygulanan ilkyardım eğitiminin öncesine göre bilgi düzeyini arttırdığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler**

Tıp eğitimi, ilkyardım eğitimi

• Doç. Dr. Ersin Uskun, S. Demirel Ün. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - ersinuskun@gmail.com

• Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez, S. Demirel Ün. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. - yoncaconmez@yahoo.com

**KOCAELİ TIP FAKÜLTESİ'NDE MEZUNİYET ÖNCESİ İŞYERİ HEKİMLİğİ STAJI UYGULAMASININ DEğERLENDİRİLMESİ****C. I. YAVUZ, O. HAMZAOğLU, Ç. ÇAğLAYAN, N. ETİLER****Giriş ve Amaç**

Kocaeli Tıp Fakültesi'nde tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine yönelik olarak uygulanmakta olan endüstri tabanlı işyeri hekimliği uygulamasının etkililiğini değerlendirmektedir.

**Gereç ve Yöntem**

Önce-sonra dizaynlı müdahale araştırması olan çalışmada, işyeri tabanlı uygulama kapsamında, Tıp Fakültesi son yılında iki ay süre ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda eğitim gören ve bu sürenin bir haftalık bölümünü bölgede faaliyet sürdüren endüstri tabanlı işyeri sağlık birimlerinde sürdüren son sınıf öğrencilerinin uygulama öncesi(öntest) ve sonrası(sonest) bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Gerek öntest gerekse de son testte değişik puanlarda ağırlıklandırılmış ve toplamı 100 puan olan yirmi soru sorulmaktadır. Bu kapsamda toplam 384 öğrencinin verisi elde edilmiş, ön ve son test analizleri, çeşitli nedenlerle(devamsızlık, hastalık vb) bu testlerden herhangi birine katılmayanlar ayıklanarak 351 öğrencide(%91.4) gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular**

Ön test puan ortalaması 46,7±10,2, son test ortalaması ise 72,6± 11,1puan olarak bulunmuştur(p=0.001). Başarı durumu değerlendirmesine göre uygulamanın rölatif etkililiği 7.6, atfedilen etkinliği %75.5 ve etkililik oranı % 86.8 olarak hesaplanmıştır.

**Sonuç**

Meslek sağlık alanında hekim, hem teorik yeterliliğe sahip olmalı hem de bilgi ve becerilerini deneyimle birleştirebilmelidir. Kocaeli Tıp Fakültesi'nde yürütölen bu çalışma, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde endüstriyel tabanlı bir uygulama olarak, öğrencilerin başarı düzeyini arttıran, mesleksel sağlık eğitimi boyutuna katkı sunan özgün bir örnek oluşturmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**

İşyeri tabanlı eğitim, mezuniyet öncesi eğitim, işçi sağlığı.

- Yrd. Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ, KOCAELİ Ü. TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - cavityavuz@gmail.com
- Prof. Dr. Onur HAMZAOğLU, KOCAELİ Ü. TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Çiğdem ÇAğLAYAN, KOCAELİ Ü. TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - cigdemcağlayan@gmail.com
- Doç. Dr. Nilay ETİLER, KOCAELİ Ü. TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI A.D. - nilayetiler@gmail.com

**MUĞLA SAĞLIK YÜKSEKOKULUNDA EĞİTİM GÖREN SAĞLIK MEMURU ÖĞRENCİLERİNİN YENİ HEMŞİRELİK KANUNUNA GÖRE MESLEKİ TERCİHLERİ VE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER****M. PİCAKÇIEFE, M. S. BAYBUĞA, F. DERELİ, S. DEMİRCAN****Giriş ve Amaç**

Hemşirelik kanununda yapılan değişiklikler mesleki tercihlerin de belirleyicisi olmuştur. Bu çalışmada Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerini, yeni hemşirelik kanuna göre mesleki tercihlerini ve tercihlerini etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde kesitsel nitelikte bir çalışma yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu 2. 3 ve 4 ncü sınıfta okuyan ve sağlık memuru bölümü girişli 113 öğrenci oluşturmuştur. Örnek seçilmemiştir. Toplam 105 öğrenci çalışmaya katılmıştır. Ulaşılabilirlik oranı %92,9'dır. Oluşturular anket formuna çalışmanın amacı aktarıdıktan sonra sınıflarda öğrencinin kendi kendine doldurması sağlanarak veri elde edilmiştir. Veri analizi SPSS 15.0 programı ile yapılarak yüzde dağılımlar, ortalamalar değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Öğrencilerin yaş ortalaması 21,93±1,53'tür ve %14,3'ü 18-20, %54,3'ü 21-22, %31,4'ü 23 ve üzeri yaş grubundadır. Öğrencilerin %97,1'i erkek, %46,7'si ikinci, %27,6'sı üçüncü, %25,7'si dördüncü sınıfta okumakta, %18,1'i emekli sandığı, %39,0'ı SSK, %14,3'ü Bağ-kur, %5,7'si yeşil kart, %1,0'ı özel ve %21,9'u diğer sağlık güvencelidir. Ailelerin %38,1'i 400-800, %24,8'i 801-1200, %18,1'i 1201- 1600, %6,7'si 1601 YTL ve üzeri gelire sahiptir. Annelerin %92,4'ü çalışmıyor ev hanımı, %1,0'ı düzensiz işlerde, %1,0'ı esnaf, %2,9'u memur, %2,9'u diğer işlerde çalışmaktadır. Babaların %6,7'si işsiz, %12,4'ü düzensiz işlerde, %13,3'ü esnaf, %14,3'ü işçi, %13,3'ü memur, %2,9'u işveren, %37,1'i diğer işlerde çalışmaktadır. Öğrencilerin %22,9'u halen çalışmaktadır. Öğrencilerin %37,1'i hemşirelik, %62,9'u sağlık memurluğu mesleğini tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Tercihlerini etkileyen faktörler nelerdir? sorusuna, öğrencilerin %53,3'ü ekonomik, %21,0'ı ailenin istemesi, %20,0'ı toplumsal baskı, %13,3'ü arkadaş, %72,4'ü kendi kararı, %61,9'u kadro durumu, %44,8'i KPSS sınavı, %6,7'si çalışma alanının farklı olması cevabını vermişlerdir.

**Sonuç**

Bu çalışmada, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeni hemşirelik kanununa göre sağlık memurluğu mesleğini yüksek oranda tercih edecekleri sonucu bulunmuştur. Öğrencilerin tercihlerini etkileyen faktörler içerisinde kendi kararı, ekonomik neden ve kadro durumu ise en önemli bulgulardır.

**Anahtar Kelimeler**

Mesleki tercih, hemşirelik, sağlık memurluğu

- Yrd. Doç. Dr. Metin PİCAKÇIEFE, Muğla Ü. Muğla Sağlık Y.O. 4800/Muğla-metinpicakciefe@mu.edu.tr, mpicakciefe@hotmail.com.tr
- Yrd. Doç. Dr. Media S BAYBUĞA, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Y.O. 4800/Muğla -
- Öğr. Gör. Feyza DERELİ, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Y.O. 4800/Muğla -
- Öğr. Gör. Sacide DEMİRCAN, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Y.O. 4800/Muğla -

## SAĞLIK YÜKSEK OKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN ORGAN BAĞIŞI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

**Berin BAYRAKLI, Tülay KUZLU AYYILDIZ**

### Giriş ve Amaç

Tüm dünyada organ yetmezliği insidansı giderek artmakta olup organ nakli yapılmadığı takdirde yaşamı tehlike altında olan yaklaşık bir milyar insan mevcuttur. Organ nakli konusunda sağlık hizmetlerinde kilit noktayı oluşturan sağlık personeline büyük bir görev düşmektedir. Bu çalışma Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin organ bağışı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koyabilmek amacı ile planlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup 18 Mart - 28 Nisan 2008 tarihleri arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda yapılmıştır. Araştırmanın evreni 2007-2008 Eğitim - Öğretim Yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ders kaydı yaptıran ve derslere devam eden 516 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya katılım oranı %80'dir (n=413). Veriler literatür taranarak geliştirilen ve 28 sorudan oluşan anket formu aracılığı ile gözlem altında anket uygulama tekniği ile toplanmıştır. Sonuçlar SPSS 15.0 istatistik paket programında sayı, yüzde ve ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Öğrencilerin %95.6'sı (n=395) 17 - 24 yaş grubu arasında, %20.8'i (n=86) hazırlık, %22.8'i (n=94) 4. sınıf öğrencisi, %62.0'ının (n=256) annesinin, %40.7'sinin (n=168) babasının ilköğretim mezunu olduğu, %52.5'inin (n=217) Zonguldak'a il merkezinden geldiği, %87.4'ünün (n=361) Zonguldak İl Merkezinde ikamet ettiği, %80.6'sının (n=330) ailesinin gelir düzeyinin 300-1499 YTL aralığında olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %98.1'inin (n=405) organ naklinin anlamını bildiği, %67.8'inin (n=280) organ nakli konusundaki bilgisinin yeterli+kısmen yeterli olduğu, %73.6'sının (n=304) organ bağışlamayı düşündüğü+kısmen düşündüğü, %98.1'inin (n=405) organlarını bağışlamadığı, %94.2'sinin (n=389) okulundaki organ bağışı konusunda yapılan girişimleri yetersiz bulduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin yaşı ve öğrenim durumu ile organ bağışı konusundaki bilgileri (p=0.000), cinsiyetleri ile organ bağışlama davranışları (p=0.01) arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

### Sonuç

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin organ bağışı konusundaki bilgi, tutum ve davranışları istenilen değildir. Öğrencilerin bu eksikliklerini gidermek için mezuniyet öncesinde, organ nakli konusunda sürekli ve etkili eğitim programları düzenlenmesinin ve farkındalıklarının artırılmasının gerekliliği olduğu düşünülmektedir.

### Anahtar Kelimeler

Üniversite öğrencisi, Organ bağışı, bilgi, tutum, davranış.

• Öğr. Gör. BERİN BAYRAKLI, KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - berinbayrakli@yahoo.com.tr

• Öğr. Gör. TÜLAY KUZLU AYYILDIZ, KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU - tayyildiz@mynet.com

**TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ YIL ÖĞRENCİLERİNİN EV ZİYARETLERİ PROGRAMINDA YARARLANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER****G. AĞRIDAĞ, E. KARA****Giriş ve Amaç**

Eğitimde yararlanmayı yani "olumlu değişimi hissetmeyi" etkileyen faktörlerin bilinmesi eğitimin etkinliğini yükseltir. Birinci yıl öğrencileri Halk Sağlığı Anabilim Dalında 8 saatlik teorik eğitimden sonra toplum, yerleşim yeri ve ailenin özelliklerini sayabilme ve toplum, aile ve bireyle ilişki kurabilme becerisi kazanmak amacı ile ev ziyareti uygulaması yapılıyorlar. Ziyaretler ayda bir yarım günlük dört saha gezileri şeklinde gerçekleştiriliyor. Uygulama Metropole 22 km uzaklıkta 5870 nüfuslu, ulaşımı kolay, sağlık ocağı olan bir belde yapıyor. Uygulamaya gidişte iki öğretim üyesi bulunuyor. Öğrenciler verilen krokiden ailelerini bulup boş bir sayfaya izlenimlerini not ederek ziyaretlerini tamamlıyorlar. Bu çalışmada öğrencilerin uygulamadan yararlanmaları ve etkileyen nedenler konusunda bilgi edinmek üzere planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışma: uygulamanın değerlendirildiği son toplantıya katılan 34 (%85.0) öğrencide Mayıs 2008 de yapılmıştır. Bilgi toplama 17 soruluk bir anket ile yapıldı. Ziyaretlerin yapıldığı biçimleri, yararlanma, mesleği sevmeye, meslek tercihinde gelecek kaygısı, benzer yerde çalışma isteği, uygulamanın devamı konularında eğilimlerini ölçen sorular soruldu. Her bir ölçüm birden fazla soru ile yapıldı. Her soru grubunda toplam puanlar hesaplandı. Değerlendirmede x2 ile yapıldı.

**Bulgular**

Uygulama katılanların %61.8 i uygulamadan çok yararlanmışlardı (p=0.001). Öğrencilerin %76.5 i evin içine girmiş ve 3-4 kez ziyaret gerçekleştirmişlerdi (p=0.001). Tıp fakültesine mesleği çok sevdiği için gelenler çok yararlanmışlardı (p=0.04). Yüksek gelecek kaygısı ile tıp fakültesini seçenlerde ise yararlanma (p=0.05) ve toplam mesleği tercih puanının yüksek olduğu öğrencilerde ise (p=0.05) düşüktü. Uygulamanın yapıldığı yöreye benzeyen bir yerde çalışabileceğini güçlü olarak ifade eden %47.1 di, bu öğrencilerin %75.0 uygulamadan çok yararlandıklarını ifade ediyorlardı. Öğrencilerin %44.1 i "na bırakılmış olsa şimdi başka meslek seçebilirim" görüşünü ifade etti. Başka meslek istemediği ifade edenlerin %68.4 ü uygulamadan çok yararlanmışlardı. Ev ziyaretlerinin başlangıcında yanlarında deneyimli birinin olması görüşüne katılma %17.7 idi. İkinci eğitim yılında benzer programın olması görüşüne katılma % 17.7 (p=0.01), programın kendilerinden sonra devam etmesini isteyenler ise %67.6 (p=0.01) bulundu.

**Sonuç**

Uygulamanın etkinliğini artırmak için ziyaret sayısının artırılması, eve girilerek yapılmasının sağlanmasının bunun içinde işbirliği isteğinin yüksek olduğu ailelerin seçilmesi önerilir. Meslek motivasyonunu artırıcı destek sağlanabilir. Gelecek yıl ileride çalışma olasılığı yüksek yerleşimlere benzer yerlerde uygulama planlanması ve etkisinin araştırılması, deneyimli biri ile uygulanması başlatılması ve etkileri değerlendirilmelidir. Deneyimli birisinin istenmeme nedenlerinin araştırılması eğitimin planlanmasında yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler**

Halk Sağlığı, uygulama, ev ziyareti, tıp eğitimi, meslek motivasyonu

- Prof. Dr. Gülseren AĞRIDAĞ, Çukurova Tıp Fak. Halk Sağlığı - gagridag@cu.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Erten KARA, Çukurova Tıp Fak. Halk Sağlığı - ekara@cu.edu.tr

## TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KORUYUCU HİZMETLER VE SAĞLIĞIN SOSYAL BOYUTUNA İLİŞKİN TUTUMLARI DÖRDÜNCÜ SINIFTAN ALTINCI SINIFA KADAR DEĞİŞİYOR MU?

**M. TÜRK, M. ÇİÇEKLİOĞLU, Z. ÖCEK, Ş. T. GÜRSOY, F. AKSU**

### Giriş ve Amaç

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrencilerin dördüncü sınıftan altıncı sınıfa kadar koruyucu hizmetler ve sağlığın sosyal boyutuna ilişkin tutumlarındaki değişimin değerlendirilmesi

### Gereç ve Yöntem

2003- 2004 öğretim yılına kadar fakültemizde koruyucu hizmetlere ve tıbbın sosyal boyutuna ilişkin dersler ağırlıklı olarak üçüncü ve altıncı sınıflarda verilmiştir. Bu prospektif çalışma eski müfredat ile eğitim almış öğrencileri kapsamaktadır. 2005-2006 öğretim yılında dördüncü sınıfta olan 350 öğrencinin 255'ine (%72,9), 2007-2008 öğretim yılında altıncı sınıfta olan 362 öğrencinin 304'üne (%83,9) halk sağlığı stajını tamamladıktan sonra bir anket uygulanmıştır. Ankette sosyo-demografik özellikler, mahrumiyet bölgesinde çalışma isteği ve Tıpta Sosyal Konular (9 önerme) ve Koruyucu Hizmetler (9 önerme) Tutum Ölçeği yer almıştır. Ölçek Likert Skalası (0:fikrim yok; 5:kesinlikle katılıyorum) üzerinde yanıtlanmıştır. Anket isim alınmadan uygulandığı için bire bir eşleme yapılamamış, grupların karşılaştırılmasında Ki-kare analizi ve t-testi uygulanmıştır.

### Bulgular

Öğrencilerin dördüncü ve altıncı sınıfta değerlendirilen sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Dördüncü sınıftaki öğrencilerin %55,7'si hayatlarının herhangi bir döneminde mahrumiyet bölgesinde çalışabileceklerini belirtirken, altıncı sınıfa gelindiğinde bu oran %61,3'ye çıkmıştır ( $p>0.05$ ). Altıncı sınıfta korunma ile ilgili önermelerin dördünde, tıbbın sosyal boyutu ile ilgili önermelerin ikisinde pozitif yönde değişim olmuştur ( $p<0.05$ ). En yüksek artış "Koruyucu hekimliğin kamu sağlık kurumları dışında gerçekleşmesi çok güçtür" ile "Hastanelerde sosyal konulardaki araştırma sonuçları dikkate alınmamaktadır" önermelerinde gözlenmiştir. Korunma skor ortalamasında anlamlı bir değişim olmazken ( $p>0.05$ ), tıbbın sosyal alanı skor ortalamaları dördüncü sınıfta  $31,61\pm 4,33$ 'ten altıncı sınıfta  $32,43\pm 4,55$ 'e yükselmiştir ( $p<0.05$ ).

### Sonuç

Tıp eğitiminde biyolojik modelin ağırlıklı olarak kullanıldığı klinik stajlar döneminde öğrencilerin tıbbın sosyal boyutu ve koruyucu hizmetlere olan yaklaşımında beklenen gerileme olmamıştır. Klinik uygulamaların ağırlıkta olduğu bu dönemde öğrencilerin gerçek uygulamalarla ilgili deneyimleri koruyucu hekimliğin kamusal bir sorumluluk olduğu ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tıbbın sosyal yönünün geri planda kaldığı konusundaki farkındalıklarını arttırmıştır.

### Anahtar Kelimeler

Tıp eğitimi, koruyucu hizmetler

- Yrd. Doç. Dr. Meral Türk, Ege Üni. Tıp Fak Halk Sağlığı A.D. - meral.turk@ege.edu.tr
- Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu, Ege Üni. Tıp Fak Halk Sağlığı A.D. - meitem.ciceklioglu@ege.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Zeliha Öcek, Ege Üni. Tıp Fak Halk Sağlığı A.D. - zeliha.ocak@ege.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Şafak Taner Gürsoy, Ege Üni. Tıp Fak Halk Sağlığı A.D. - safak.taner.gursoy@ege.edu.tr
- Prof. Dr. Feride Aksu, Ege Üni. Tıp Fak Halk Sağlığı A.D. - feride.aksu@ege.edu.tr

**TIP ÖĞRENCİLERİNİN DUYGUSAL BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ****Naim NUR, Sefa Levent ÖZŞAHİN, Selma ÇETİNKAYA, Ergün Haldun SÜMER****Giriş ve Amaç**

Son yıllarda çok sayıda tıp öğrencisinin mental problemlere sahip olduğu ve bu problemlerin dünya çapında artış gösterdiği bildirilmiştir. Bu çalışma, tıp öğrencilerinin duygusal bozuklukların prevalansını ve risk faktörlerini tespit etmek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu çalışmaya Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1-5 . sınıflarda eğitim görmekte olan toplam 614 öğrencinin tümü alındı. Öğrencilerin 493'ü (%80.3) çalışmada yer almayı kabul etti. Çalışmada duygusal problemlerin varlığını saptamaya yönelik on iki sorudan oluşan Genel Sağlık Anketi (GHQ-12) kullanıldı. Veriler 14 intern öğrenci tarafından anket formunun yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmasıyla elde edildi. Verilerin analizi SPSS 14.0 paket programında yapıldı. Sonuçlar sayı ve yüzde olarak verildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda kıkare testi kullanıldı.  $p<0.05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular**

Tıp öğrencilerinin %27.8'inin duygusal problemlere sahip olduğu bulundu. Öğrencilerin ebeveynleriyle, kardeşleriyle, hocalarıyla, sınıf arkadaşlarıyla, kız/erkek arkadaşlarıyla ilişkilerinin iyi olmaması, öğrenim gördükleri dönemin zorluğu ve sınav stresi ciddi risk faktörleri olarak tespit edildi.

**Sonuç**

Duygusal bozukluklar tıp öğrencileri arasında önemli bir sağlık sorunudur. Tıp fakültesi yöneticileri bu sorunları yaşayan kişileri tespit edip gerekli desteği sağlayabilmek için duygusal bozuklukların ve nedenlerinin farkında olmalıdırlar.

**Anahtar Kelimeler**

Duygusal bozukluklar, tıp öğrencisi, tıp eğitimi.

- Yrd. Doç. Dr. Naim NUR, Cumhuriyet üniversitesi - naimnur@yahoo.com
- Yrd. Doç. Dr. Sefa ÖZŞAHİN, Cumhuriyet üniversitesi - sozsahin@cumhuriyet.edu.tr
- Yrd. Doç. Dr. Selma ÇETİNKAYA, Cumhuriyet üniversitesi - drselmacetinkaya@hotmail.com
- Prof. Dr. Haldun SÜMER, Cumhuriyet üniversitesi - hsumer@cumhuriyet.edu.tr

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KAN BAĞIŞI İLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUM VE DAVRANIŞLARI****Saliha ALTIPARMAK****Giriş ve Amaç**

Türkiye kan bağışi konusunda, gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında oldukça geri sıralarda yer almaktadır. Bu ülkelerde gönüllü kan bağışlarının nüfusa oranı %5'e ulaşırken Türkiye'de bu oran %1.5 civarındadır. Kan nakline veya kanın çeşitli ürünlerine ihtiyaç duyan hastaların, verilecek bir ünite sağlıklı kana ne kadar çok ihtiyaçları olduğu ancak o hastalıklarla karşılaştığında, doğal afetlerde veya toplu ölümlerde fark edilebilir.

Amaç: Çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin kan bağışi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem**

Araştırma kapsamına Celal Bayar Üniversitesinde öğretim yapan, Sağlık Yüksekokulu ve Uygulamalı Bilimler Yüksek Okulu'nda birinci ve üçüncü sınıfta okuyan tüm öğrenciler alınmıştır. Katılım oranı %75.1'dir (n=338). Verilerin toplanmasında iki anket formu kullanılmıştır. Bunlardan birisi araştırmacılar tarafından geliştirilmiş sosyodemografik soru formu, ikincisi kan bağışi ile ilgili bilgi-tutum-davranışları sorgulayan anket formudur. Araştırma verileri anketör eğitiminden geçirilen CBÜ Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü 3. sınıf öğrencilerinden bir grup tarafından, yüz yüze görüşme yöntemiyle Nisan-Mayıs 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasından sonra Kızılay ile işbirliği yapılarak her iki bölüme de kan bağışi ile ilgili eğitim verilmiş, broşürler dağıtılmış ve isteyen öğrencilerin kan bağışi yapması sağlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde her doğru bilinen bilgiye bir puan, yanlış bilinen bilgiye sıfır puan verilerek toplam bilgi puanı elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare, student t-test istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

**Bulgular**

Çalışmamızda öğrencilerin %25.4'ünün kan gruplarını bilmediği, %82.2'sinin hiç kan bağışında bulunmadığı ve %50.6'sının kan bağışi ile ilgili bilgi almadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %53.2'si kan bağışlamayı bir vatandaşlık görevi olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Bölümler arasında toplam bilgi puanı karşılaştırıldığında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kan bağışi konusunda bilgi düzeyinin uygulamalı bilimler öğrencilerinin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

**Sonuç**

Gönüllü kan bağışi oranının artırılması için hem eğitim kurumlarında hem de medyada konu ile ilgili eğitimler düzenlenmeli ve kan bağışına teşvikin artırılması için yeni projeler geliştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler**

Kan, kan bağışi, üniversite öğrencisi

- Öğr. Gör. Saliha ALTIPARMAK, CBÜ-SYO - salihaozpinar@gmail.com



## İ N D E K S

- A**  
ACAR A. 386  
ACAR F. 386  
ACAR N. V. 575  
AÇIĞÖZ B. 28, 559  
AÇIK Y. 4, 37, 40, 231, 328, 378  
AÇIKEL C. H. 4, 469, 580, 628  
AFŞAR O. 38  
AĞBAŞ N. 342  
AĞRIDAĞ G. 4, 542, 655, 663  
AKAR ŞAHİNGÖZ S. 374  
AKBABA M. A. 38, 142, 370, 371, 444, 472, 484, 552, 602  
AKCAN C. 366  
AKCAN L. 416  
AKDOĞAN D. 571  
AKDUR R. 2, 3, 36, 45, 353, 441, 508  
AKGÜL N. 625  
AKGÜN D. 2, 41  
AKGÜN S. 2, 37, 39, 113, 177  
AKILLI A. 457  
AKIN A. 4, 40, 236, 653  
AKIN BULU M. 494  
AKIN L. 4, 38, 373, 396, 636  
AKKOÇ E. 627  
AKMAN Y. 575  
AKPINAR F. 453  
AKPUNAR D. 620  
AKSAKAL F. N. 471, 498, 567, 615, 618, 629  
AKSOY H. 510  
AKSOY S. O. 359  
AKSÖZ E. 607  
AKSU F. 4, 38, 438, 490, 641, 664  
AKSU M. 625  
AKTAŞ S. 372, 563  
AKTUĞ E. 613  
AKVARDAR Y. 319, 320  
AKYAN S. Ş. 518  
AKYOL GÜNER T. 543  
AKYÜZ İ. 404, 488, 502, 503, 504, 509, 541  
ALBAYRAK S. 312, 313, 315, 390, 393, 431, 432, 506, 631, 632, 633, 634  
ALGAN A. 565  
ALGAN N. 38  
ALİKAŞIFOĞLU M. 594, 609  
ALİYEV A. 418  
ALKIŞ E.  
ALKOY S. 312, 313, 314, 315, 327, 389, 390, 391, 392, 393, 431, 432, 433, 446, 447, 506, 516, 517, 596, 631, 632, 633, 634  
ALPASLAN R. 448  
ALTINÖZ A. 386  
ALTINTAŞ K. H. 4, 548  
ALTIPARMAK O. 333, 537  
ALTIPARMAK S. 333, 476, 537, 639, 666  
ALTUNDAŞ E. 311, 357, 565  
AMUK, N. 407  
ARMUTÇU F. 420  
ARAS E. 618  
ARDIÇ A. 654  
ARICI E. 620  
ARIK H. 320, 550  
ARIKAN İ. 337, 519, 651  
ARIKAN Y. 38  
ARSLAN N. 350, 369, 427  
ARSLANTAŞ D. 355, 369  
ARTVİNLİ F. 309  
ASLAN A. 466  
ASLAN B. 559  
ASLAN E. 325  
ASLAN G. 438, 514, 515, 585, 639  
ASLAN İ. 565  
ASLAN Ö. 318, 320, 549  
ATACA P. 597  
ATAK N. 512  
ATASOYLU G. 317, 344, 437, 450, 451, 595, 643  
ATMACA M. 328  
AVCI F. 627  
AVCI İ. A. 538  
AVCI S. 559  
AYCAN S. 4, 37, 72, 471, 618  
AYDIN H. İ. 435  
AYDIN N. 421  
AYDIN S. 474, 475  
AYDIN T. 545  
AYDOĞAN E. 478  
AYDOĞDU S. A. 317, 437  
AYGÜN R. 4, 41, 491, 498, 567, 618  
AYKUT M. 4, 338, 387  
AYLAZ R. 358, 534  
AYOĞLU F. N. 2, 462  
AYYILDIZ T. 461, 662  
AZIZOĞLU E. 349  
**B**  
BABAOĞLU Ü. T. 626  
BABAYİĞİT M. A. 379, 510  
BACAK A. 459  
BAĞCI BOSİ T. 373, 577  
BAĞCI S. 531  
BAĞRIAÇIK M. A. 321  
BAĞRUL D. 418  
BAHÇELİ M. 553  
BAKAR C. 420  
BAKIR B. 4, 434, 435, 496, 573, 580, 619  
BALALAN D. 523  
BALAMAN P. 558  
BALCI E. 338, 341, 381, 387, 408, 453, 505, 529, 530, 591, 592  
BALCI Ö. 500  
BALCI O. 522  
BALCIOĞLU A. 41  
BALTA A. 443  
BANKAOĞLU E. 468  
BARAN E. 39, 186, 400, 441, 511, 540  
BAŞAL Ş. 329  
BAŞARAN N. 37, 120  
BAŞARANEL P. 386  
BAŞKAYA R. 423  
BAŞKURT S. 551, 598  
BAYBUĞA S. 601, 661  
BAYDUR H. 318, 319, 320, 549  
BAYDUR Y. 450, 451  
BAYIK M. 451  
BAYKAL Z. 621  
BAYKAN Z. 518, 569, 654  
BAYRAKLI B. 362, 461, 662  
BAYSAN N. P. 379, 478  
BAYSAN P. 536  
BEBİŞ H. 368  
BEKTAŞ F. 386  
BELEK İ. 37  
BERBEROĞLU U. 314, 316, 326, 327, 389, 402, 433, 447, 492, 516, 517, 596  
BEŞER E. 4, 40, 317, 417, 437, 595  
BEŞTEPE A. 366  
BEŞTEPE G. 366, 372, 563  
BEYAZOVA U. 41, 251  
BİLBAY M. 604, 605  
BİLGE A. 585, 621  
BİLGE E. 402  
BİLGE F. 575  
BİLGE S. S. 607  
BİLGİN M. A. 417  
BİLGİ Z. 407  
BİLGİLİ N. 538

BİLİR N. 4. 41. 302. 545  
BODUR S. 4. 40. 449. 522. 646  
BORATAV C. 588  
BORLU A. 381. 387. 408. 453. 530. 561. 590  
BOSTANCI M. 4. 38. 581. 582  
BOZKURT A. İ. 4. 38. 571  
BOZTAŞ G. 336. 572  
BOZTOK D. 41  
BUDAK R. 318. 319. 320. 549. 550  
BUĞDAYCI R. 4. 40. 348. 547  
BULUT A. 4. 40  
BULUT B. B. 597  
BUMİN M. A. 4. 38. 486. 618. 629

## C

CAMBAZ S. 536  
CAMBAZ ULAŞ S. 330  
CANBAZ S. 4. 350. 410. 427  
CENGİZ ÖZYURT B. 40. 346. 644  
CENGİZ Ş. A. 571  
CEVİZCİ S. 335  
CEYHAN O. 4. 356. 413. 414. 487. 616. 617  
CEYLAN A. 4. 325. 553  
CEYLAN S. 4. 40. 379. 510. 614. 657. 658  
CEYLANTEKİN Y. 372  
CINKOĞLU B. 478

## Ç

ÇAĞLAYAN Ç. 660  
ÇAĞLAYAN N. 357. 624  
ÇAĞLAYAN Ü. 448  
ÇAKIR B. 4. 396. 578  
ÇAKIR Y. 395  
ÇAKMAK H. 426. 435. 580. 620  
ÇAKMAK Z. A. 4. 37. 532. 588. 603. 637  
ÇALIŞIR A. 576  
ÇALIŞIR C. 411  
ÇALIŞKAN D. 2. 507  
ÇAM S. 448  
ÇAMDALI B. 442  
ÇAMUR D. 415. 418  
ÇAN E. 384  
ÇAN G. 4. 39. 342. 384. 574  
ÇAN M. A. 342  
ÇATAK B. 41. 271. 581. 582  
ÇATIKER A. 312. 313. 315. 390. 391. 393. 431. 432. 506. 631. 632. 633. 634  
ÇEBER E. 585. 621  
ÇELİK G. M. 323  
ÇELİK M. 459  
ÇELİK H. A. 599

ÇELİK N. 338  
ÇELİK P. 579  
ÇELİK Y. 563  
ÇELİK YILDIZ R. 377  
ÇETİN Y. S.  
ÇETİNKAYA F. 4. 654  
ÇETİNKAYA S. 645. 665  
ÇETİNOĞLU E. 427  
ÇEVİK A. 486  
ÇEVİK İ. 349  
ÇIKMAN M. 386  
ÇIMRIN D. 320  
ÇITIL R. 569  
ÇİÇEK B. 358  
ÇİÇEK Ö. F. 548  
ÇİÇEKLİOĞLU M. 4. 438. 641. 664  
ÇİFÇİ S. 347  
ÇİFTÇİ A. 323  
ÇİFTÇİ Ö. 525. 529  
ÇİFTSÜREN M. 349  
ÇİĞDEM B. 619  
ÇİL N. 553  
ÇİLEDAĞ F. 534  
ÇİLİNGİROĞLU N. 4. 37. 597  
ÇİVİ S. 539. 555. 589  
ÇOBAN S. Ç. 480  
ÇOBANOĞLU N. 480  
ÇOBANOĞLU Z. 426  
ÇOLAK A. 577  
ÇOLAK M. 404. 488. 501. 502. 503. 504. 509. 541  
ÇOŞKUN F. 494  
ÇÖL M. 2. 39. 148. 540  
ÇULHA G. 397  
ÇÜÇEN B. 448

## D

DABAK Ş. 4. 607  
DAĞLI S. Ç. 386. 584  
DAL A. 323  
DAVAS A. 490. 641  
DEDELER H. 314. 316. 327. 389. 402. 428. 433. 446. 447. 473. 492. 516. 517. 596  
DEDEOĞLU N. 4. 40  
DEĞER G. 366. 372. 563  
DEĞER Ş. 372. 563  
DEMET E. 311  
DEMİR F. 531  
DEMİR G. 366. 372. 563  
DEMİR L. S. 449. 522. 647  
DEMİR S. 566  
DEMİR Ş. 372. 563

DEMİRAL Y. 4. 320. 497. 550  
DEMİRCAN S. 601. 661  
DEMİRCİ AVCI H. 537  
DEMİREL Ö. F. 349  
DEMİRELÖZ M. 621  
DEMİRHİNDİ H. 371  
DEMİRKIRAN F. 417  
DEMİRPENÇE G. 459  
DENİZ M. 566  
DERELİ F. 601. 661  
DEVECİ B. 450  
DEVECİ S. 343. 360. 535. 536. 642  
DEVECİ S. E. 328  
DİKBAŞ E. 571  
DİKMETAŞ E. 608  
DİKMETAŞ Ö. 485  
DİLBAZ N. 38  
DİNÇ G. 330. 344. 345. 559. 606  
DOĞAN A. 577  
DOĞAN B. 4  
DOĞAN F. 4  
DOĞAN H. 386  
DOĞAN İ. 467  
DOĞAN P. 577  
DOĞANAY K. 349  
DOĞANAY S. 318. 319. 549  
DOĞRAMACI A. Ç. 321  
DOĞRU A. Ö. 391. 392  
DORMAN V. 325  
DÖNMEZ G. 520  
DÖNMEZ L. 4  
DURAK T. 650  
DURAN A. 568  
DURAN Ö. 521. 523. 533  
DURMUŞ B. 378  
DURMUŞ E. 568  
DURUKAN E. 2. 629  
DURUSOY R. 641  
DÜNDAR C. 4. 382  
DÜNDAR N. 376  
DÜNDARÖZ R. 435  
DÜNDER İ. 38

## E

EFENDİOĞLU A. 485  
EGÜRHAN E. T. 571  
EKERBİÇER H. Ç. 468  
EKİCİ B. 594. 609  
EKİCİ H. 422  
EKŞİOĞLU A. 621  
EKUKLU G. 4. 402. 587  
ELMALI F. 608  
EMİROĞLU Ş. 384

EMRE E. 448  
EMRE N. 467  
ERARSLAN T. 446  
ERASLAN T. 327, 447, 517, 596  
ERBAY DÜNDAR P. 4. 346, 452, 463, 464, 644  
ERBAYDAR T. 4. 360  
ERCAN C. 397  
ERCAN O. 394, 609  
ERDEM M. 568  
ERDOĞAN S. 4. 332, 424  
EREN O. Ö. 470  
EREN S. 395  
ERGİN B. 311  
ERGİNÖZ E. 4. 40, 332, 424, 594, 609  
ERGÖR A. 4. 41, 320, 550  
ERGÖR G. 4. 39, 40, 318, 319, 320, 549, 550  
ERGÜN A. 510  
ERKANLI E. 551, 598  
ERKMAN N. 310  
ERKOÇ M. 357  
ERSOY H. 379  
ERTEN İ. 568  
ERTUĞRUL S. 416  
ERTÜRK B. 39, 202  
ERTÜRK E. 398, 643  
ESER E. 4. 39, 40, 188, 229, 359, 361, 546  
ESKİÖCAK M. 2. 37, 76, 312, 313, 314, 315, 316, 326, 327, 389, 390, 391, 392, 393, 431, 432, 433, 446, 447, 492, 506, 516, 517, 596, 631, 632, 633, 634  
EŞEL E. 591  
ETİLER N. 4. 660  
EVCI E. D. 4. 351, 417

**F**  
FAHRİDİN F. 407  
FATİHOĞLU Ş. G. 485  
FİLİZ E. 646  
FİLİZ H. 330  
FİŞEK G. 41, 253

**G**  
GAZEL E. 398  
GENÇ M. F. 4. 570  
GERÇEK Ç.G. 566, 583  
GERÇEK S. 521, 523, 533  
GİRAY H. 318, 319, 320, 549, 550  
GÖÇGELDİ E. 322, 329, 339, 614, 657, 658  
GÖKALP N. 559

GÖKALP S. 367  
GÖKÇE H. 348  
GÖKÇE S. 332, 424  
GÖKÇE S. D. 607  
GÖKÇE YILMAZ B. 581, 582  
GÖKLÜ M.R. 485  
GÖKTAŞ A. 617  
GÖZAYDIN A. 489  
GÖZÜM S. 324  
GÜCENMEZ R. 461  
GÜÇİZ DOĞAN B. 41, 367, 466, 467  
GÜÇKAN N. 428, 473  
GÜL C. 40, 222  
GÜL E. 521  
GÜL H. 326  
GÜLDARTAR F. 627  
GÜLEÇ M. 4. 40, 217, 322, 614  
GÜLER Ç. 4. 41, 415, 418, 426, 577  
GÜLER H. 39  
GÜLER M. B. 583  
GÜLER S. 398  
GÜLTEKİN S. 372, 563  
GÜMÜŞ G. 566  
GÜN İ. 408, 453, 529, 561, 590, 592  
GÜN M. 439, 440, 551, 598, 635  
GÜNAY A. E. 383  
GÜNAY O. 4. 383, 387, 454, 455, 456, 505, 525, 528, 529, 561, 569, 590, 591  
GÜNAY T. 4. 320, 520, 550  
GÜNÇİKAN N. 327, 433, 446, 447, 516, 517, 596  
GÜNDOĞDU C. 378  
GÜNDÜZ E. 444, 542, 552, 602  
GÜNEŞ A. 457  
GÜNEŞ C. 583  
GÜNEŞ G. 4. 358, 457, 526, 534, 570  
GÜNEŞ S. 571  
GÜNYÜZ E. 311  
GÜRER C. 38  
GÜRLEYİK ERKMAN N. 638  
GÜRSOY B. 411  
GÜRSOY Ş. T. 438, 641, 664

**H**  
HABLEMİTOĞLU Ş. 479  
HACİHASANOĞLU R. 324, 481, 554  
HACIOĞLU F. 40  
HALİL İ. 559  
HAMZAOĞLU O. 4. 40, 660  
HANCI P. 436  
HASDE M. 4. 40, 628  
HASOY H. 641  
HAZNEDAR R. 41

HOROZ D. 381, 387, 530, 561, 590  
HÜSEYİNOĞLU A. 583

**İ**  
IŞIKLI A. 37, 109  
IŞIKLI B. 4

**İ**  
İÇBAY E. 494  
İDİL A. 2. 38, 38, 564  
İLGÜN M. 452, 463, 464  
İLHAN F. 471  
İLHAN M. N. 2. 471, 486, 491, 567, 615, 618, 629  
İLHAN S. Ö. 629  
İNAKÇI İ. H. 388  
İNANÇ N. 338  
İNANDI T. 2. 4. 40, 354, 406, 652  
İSLAMOĞLU S. 562  
İSLAMOĞLU Y. 466  
İSMAİLOĞULLARI S. 625  
İSTANBULLUOĞLU H. 323, 434, 496, 580, 614, 619, 627, 657, 658  
İŞCAN B. 512

**J**  
JAFARİ L. 416

**K**  
KAÇAR Y. 619  
KAHRAMAN S. 356, 413, 414, 458, 487, 544, 616, 617  
KALAÇA S. 4. 39, 158  
KALAFATOĞLU R. 462  
KALINCI N. 461  
KALKAN D. 418  
KALYON H. 461  
KALYONCU C. 4. 41, 337, 403, 519, 651  
KALYONCU F. 465  
KANDEMİR B. 460  
KAPLAN B. 419, 485  
KAPLAN O. 568  
KAPLAN Y. 343, 535, 642  
KARA B. 512  
KARA E. 370, 663  
KARA K. 573  
KARABEY S. 4. 38, 425  
KARABULUT E. 538  
KARACA M. 418  
KARADAĞ F. 546  
KARADAĞ M. 328  
KARADAĞ N. 375, 439, 440, 635  
KARADAĞ Ö. 394, 572, 578, 592

KARADEMİR Ş. 351  
KARAGÖZ A. 423  
KARAHAN A. 360  
KARAHASANOĞLU Ü. 395  
KARAKULAK U. N. 650  
KARAKURT P. 481  
KARAKUŞ N. 320, 550  
KARAOĞLU L. 4. 474, 475  
KARAPINAR N. 627  
KARATAY G. 380  
KARAVUŞ M. 39, 349, 557  
KARTAL M. 482  
KASAPOĞLU A. 37  
KASAPOĞLU T. 436  
KASIMOĞLU E. 445  
KATRANCI D. 338  
KAVUT B. 531  
KAYA B. 429  
KAYA İ. 477  
KAYA M. 397, 545, 572  
KAYA Ö. 458  
KAYA ÖNER H. 325  
KAYA T. 368, 610  
KAYACIK H. 384  
KAYI İ. 309, 357, 425  
KAYKIN G. 323  
KAYMAK D. A. 609  
KAYMAKÇI G. 531  
KAYPMAZ A. 4. 38, 332, 424  
KAZAZ S. 384  
KEMİK A. 348  
KEPENEK E. 396  
KEŞİM Ş. 448  
KEŞİM Y. 607  
KILIÇ B. 4, 40, 319, 320  
KILIÇ M. 648  
KILIÇ S. 4. 368, 399, 550, 628  
KILIÇARSLAN Z. 527  
KILINÇ E. 576  
KINMIZIOĞLU R. 652  
KIRAN S. 412, 462  
KIRILMAZ A. Ş. 564  
KISAKÜREK S. 543  
KIŞLA R. M. 436  
KIYAN A. 312, 313, 315, 390, 393, 431, 432, 506, 631, 632, 633, 634  
KIYAN E. 38, 133  
KİP T. 650  
KİRAZ N. 403  
KİREMİTLİ T. 636  
KİŞİOĞLU A. N. 4, 331, 377, 586  
KOCABAŞ A. 38, 122  
KOCABAŞ F. 323

KOCADAĞ S. 353, 441, 511  
KOÇ F. 355, 369, 403, 562  
KOÇ O. 399  
KOÇ Ö. 413, 414, 617  
KOÇAK N. 329, 339, 658  
KOÇAKOĞLU Ş. 388  
KOÇOĞLU F. 4, 39, 192  
KOÇOĞLU G. 4  
KOKURCAN A. 418  
KONUK M. 566  
KORKMAZ Ö. 591  
KORKUT M. 599  
KORUK İ. 409, 411, 499  
KORUK S. T. 411  
KÖKSAL S. 332, 424  
KÖROĞLU G. 344  
KÖSE İ. 654  
KÖSE Ş. 489  
KÖSTEL A. S. 545  
KUBAT N.K. 611  
KUBLAY G. 4. 385, 623  
KURÇER M. A. 4. 412  
KURT A. Ö. 348, 547  
KURT E. 465  
KURT M. 622  
KURTCEBE F. 391, 392  
KURTCEBE Ö. 615  
KURTEL F. 39  
KUŞ H. 39  
KUYUMCU G. 564  
KUZLU AYYILDIZ T. 662  
KUZUCU L. 489  
KÜÇÜK E. 429, 430, 459, 527  
KÜLLÜ Z. 593

**L**  
LAGARLI T. 559  
LÜLECİ R. 395

**M**  
MALİM S. 311  
MALKAN Ü. 395  
MANDIRACIOĞLU A. 4, 41, 489, 493  
MARAKOĞLU K. 539, 555, 589  
MARAL I. 4, 618  
MATKAP S. 652  
MAYDA A. S. 566, 583  
MEMİKOĞLU K. O. 400  
MEMİŞ S. 417  
MERMER G. 585, 621  
MERT K. 352  
MESERİ R. 318, 319, 320, 497, 549, 550  
METİNTAŞ S. 4, 39, 194, 337, 403, 465,

519, 651  
MEYDAN ACIMIŞ N. 581, 582  
MORDOĞAN F. 604, 605  
MUHÇU S. 384  
MUSTAFAOĞLU N. 349, 568  
MUTLU B. 442

**N**  
NAÇAR M. 518, 569, 654  
NAHİT ŞENDUR S. 466  
NAMAL N. 365  
NARSAT M. A. 518  
NAZLICAN E. 371  
NESANIR N. 41, 285, 310, 401, 536, 606  
NUR N. 645, 665  
NURİOĞLU A. 448

**O**  
OCAK S. 594, 609  
OCAKTAN M. E. 2, 400, 441, 507, 508  
OĞUR R. 40, 206, 435, 573, 323, 496, 619  
OĞUZHAN G. 448  
OKANLI A. 538  
OKTAY G. 594, 609  
OKUR R. 4, 448  
OKYAY P. 4, 317, 437, 595  
OMAC M. 534, 570  
OMCA Ö. 428, 473  
ORAK Z. 387  
ORAL G. 38  
OSMANOĞLU R. 448  
OZAYDIN A. N. 334  
ÖCEK Z. 438, 524, 664  
ÖDEMİŞ E. 396  
ÖĞRÜK A. 643  
ÖKTEM N. 576  
ÖKTEN M. Ş. 622

**Ö**  
ÖNAL A. E. 335, 477  
ÖNAL B. 41  
ÖNAL E. 4  
ÖNAL T. 518  
ÖNDE M. 417, 595  
ÖNER S. 348, 547  
ÖNSÜZ M. F. 334, 407, 556, 565, 630  
ÖRS S. 40  
ÖZ G. 620  
ÖZAKÇA Ş. 559  
ÖZAYDIN A. N. 349  
ÖZBAKAN A. 548  
ÖZBAŞARAN F. 343, 535  
ÖZBEK P. 548

ÖZCAN A. 458  
ÖZCAN C. 2. 4. 37. 536  
ÖZCAN M. 611  
ÖZCAN N. 579  
ÖZCAN Ö. 488  
ÖZCAN S. 622  
ÖZCEBE H. 2. 6. 38. 336. 394. 436. 485. 572. 575  
ÖZÇAKAR N. 482  
ÖZÇELİK M. 459  
ÖZÇETİN A. 584  
ÖZCIRPICI B. 494. 500  
ÖZDAMAR C. 518  
ÖZDEMİR D. 548  
ÖZDEMİR N. 622  
ÖZDEMİR R. 524  
ÖZDEMİR S. 368. 589. 610  
ÖZDENER E. O. 484. 576  
ÖZDENER N. 576  
ÖZDENİZ İ. 396  
ÖZEK M. A. 579  
ÖZEN G. 526  
ÖZENÇ Ö. 488  
ÖZER A. 604. 605  
ÖZER C. 354  
ÖZER F. 533. 584  
ÖZGÜN E. 627  
ÖZGÜN Ş. 574  
ÖZGÜR S. 4. 39. 421. 494. 500  
ÖZHAVZALI M. 603  
ÖZKAN A. 442. 513  
ÖZKAN İ. 312. 313. 315. 390. 393. 431. 432. 506. 631. 632. 633. 634  
ÖZKAN Ö. 352  
ÖZKAN S. 4. 336. 615. 618. 629  
ÖZKURT Ç. 442  
ÖZLEM G. 336  
ÖZLÜ A. 397  
ÖZMEN E. 344. 450  
ÖZŞAHİN A. 4. 581. 582  
ÖZŞAHİN S. L. 645. 665  
ÖZTEK Z. 4. 39. 650  
ÖZTUNA F. 574  
ÖZTÜRK A. 4. 408. 592. 593. 625. 640  
ÖZTÜRK B. 380  
ÖZTÜRK E. 584  
ÖZTÜRK M. 37. 586  
ÖZTÜRK O. 643  
ÖZTÜRK Ö. 340  
ÖZTÜRK S. 521  
ÖZTÜRK Ş. 497  
ÖZTÜRK T. 448  
ÖZTÜRK Ü. 340

ÖZVARIŞ BAHAR Ş. 2. 37. 373. 396  
ÖZYURDA F. 2. 39. 40. 153  
ÖZYURT N. 382

## P

PAKSOY ERBAYDAR N. 612. 650  
PALA K. 4. 37. 91. 376  
PALA T. 536  
PARLAK Ş. 545  
PEHLİVAN E. 4. 40. 358. 558  
PEKCAN H. 4. 37. 572  
PEKŞEN Y. 4. 40. 350. 410. 427. 607  
PELLUMBİ A. 399  
PERİNCEK E. 372. 563  
PIÇAKÇIEFE M. 601  
PINAR R. 616  
PINAR T. 532. 637  
PİRİNÇCI E. 378  
PİRİNÇCIOĞLU A. 584  
PIYAL B. 41  
POYRAZOĞLU S. 569. 654

## R

RAMAZAN A. 448

## S

SAATLİ G. 550  
SABUNCU H. 4. 41  
SAĞLAM H. 584  
SAKA G. 4. 347. 445  
SAKAOĞLU MANAVGAT S. 493  
SAKIZLIGİL B. H. 507  
SALİFOĞLU H. 399  
SALTIK A. 2. 37. 101. 486. 495  
SARAÇOĞLU VAROL G. 314. 316. 389. 447. 516. 517  
SARI O. 379  
SARIDAYI Z. 439. 440. 551. 598. 635  
SARIGÜN S. 417  
SARIKAYA M. S. 436  
SARIKAYA Ö. 425  
SARYAL S. 38  
SAVAŞ N. 321. 354  
SAYGUN M. 532. 588. 637  
SAYIN E. 637  
SEKKİN M. 545  
SEKRETER Ö. 412  
SELİMOĞLU A. 545  
SEVENCAN F. 39. 467. 548. 575  
SEVİĞ Ü. 544  
SEVİNÇ E. 515  
SEYHAN E. 620  
SEYYİDOĞLU Ş. 448

SEZDİ D. 478  
SHERMATOVA N. 636  
SOMALI M. 438  
SOMUNOĞLU S. 608  
SOYDEMİR E. 565  
SOYLU F. 320  
SOYSAL A. 318. 319. 320. 549. 550  
SÖNMEZ Y. 331. 377. 586. 659  
SÖYLEMEZ F. 358  
SÖZMEN K. 318. 319. 320. 550  
SÖZMEN M.K. 549  
SUBAŞI BAYBUĞA M. 601  
SUÇİN S. 38  
SÜMER E. H. 665  
SÜMER H. 4. 38. 645  
SÜNBUİL Ş. 384  
SÜRÜCÜ P. 566  
SÜTOLUK Z. 444. 472. 484. 552. 602

## Ş

ŞAHBAZ G. 584  
ŞAHİN H. 338. 374  
ŞAHİN M. 571  
ŞAHİN T. K. 470. 647  
ŞAHİNGÖZLÜ T. 636  
ŞAHİNÖZ S. 560. 600  
ŞAHİNÖZ T. 560. 600  
ŞAHSIVAR M.Ş. 539  
ŞANLI Y.T. 396  
ŞANLIDAĞ B. 612  
ŞANLISOY İ. 466  
ŞAŞMAZ T. 4. 348. 547  
ŞAVKLİYILDIZ A. 612  
ŞEKER Ş. 477  
ŞEN M. 599  
ŞENCAN D. 533  
ŞENOL V. 341. 640. 649  
ŞENTÜRK B. 396  
ŞENVELİ S. 442  
ŞERİFHAN İLGÜN M. 536  
ŞİKAR AKTÜRK A. 352  
ŞİMŞEK C. 397. 612  
ŞİMŞEK Z. 4. 38. 338. 409. 411. 499

## T

TAMAM A. 547  
TANER GÜRSOY Ş. 438  
TANER H. 566  
TANIR F. 4. 472. 484  
TANRIKULU S. 396  
TAŞDEMİR S. 505  
TAŞDEMİR Y. 620  
TAŞKIN O. 591

TAŞOĞLU S. 521  
TATAR ÇİÇEK G. M. 528  
TAY Z. 450, 451, 643  
TEKBAŞ Ö. F. 4, 38, 323, 426, 496, 531, 573, 619, 620  
TEKEDERELİ E. 604, 605  
TEKELİOĞLU E. 448  
TEKİN N. 482  
TEKİR Ö. 503, 504  
TELATAR T.G. 653  
TEMEL A. 527  
TEMEL F. 246, 373, 395, 396, 398, 416, 436, 466, 577, 622, 636  
TEMİZKAN N. 477  
TEMİZYÜREK A. 41, 299  
TEPE S. 444, 552, 602  
TEPEDELEN Z. 584  
TERZİ Ö. 350, 410, 427  
TEZCAN S. 4, 41, 246, 578  
TIRYAKIOĞLU P. 515  
TOKER S. 355  
TOKER Ö. 443, 514, 515, 599  
TOKSÖZ P. 4, 40, 340  
TOKTAŞ İ. 611  
TOKUÇ B. 402, 587  
TOPBAŞ M. 4, 342, 384, 572  
TOPBAŞI G. 491  
TOPLAR S. 348  
TOPTAL S. 636  
TOPUKSAK B. 385, 623  
TOPUZOĞLU A. 407, 556, 557, 565, 630  
TOSUN H. 531  
TOSUN S. 344  
TUNCEL P. 320  
TUNÇKANAT F. 37  
TURAN H. 421  
TURHAN E. 406, 406, 571, 581, 582, 652  
TURUNÇ Y. 587  
TÜRK M. 664  
TÜRK SOYER M. 493  
TÜRKÇÜOĞLU N. S. 567  
TÜRKEN M. 489  
TÜRKER S. 379, 404, 439, 440, 501, 502, 509, 510, 541, 635  
TÜRKER T. 614  
TÜRKMAYA M. 566  
TÜRKMEN M. 317, 437  
TÜRKOL E. 526

## U

UÇAR M. 322, 469, 657, 658  
UÇAR N. N. 597  
UÇKU R. 4, 318, 319, 320, 549, 550

UĞRAŞ DİKMEN A. 618  
ULU M. 478  
ULU N. 532, 588, 637  
ULUDAĞ KİS S. 444, 542, 552, 602  
ULUĞTEKİN N. 391, 392  
ULUS S. 329, 399, 435  
ULUUTKU H. 342  
URAL G. 356, 413, 414, 487, 616, 617  
USKUN E. 4, 586, 656, 659  
USTA İ. 454, 455, 456  
UYAR E. İ. 382  
UYAR M. 470  
UYSAL Ö. 594, 609

## Ü

ÜÇER ALİ R.  
ÜLKER V. 336  
ÜNAL B. 4, 318, 319, 320, 549, 550  
ÜNAL M. 384  
ÜNAL Ş. 442  
ÜNALAN D. 592, 608  
ÜNER S. 394, 579  
ÜNLÜEL Ş. 367  
ÜNSAL A. 4, 355, 369, 562  
ÜSTÜNEL M. 559  
ÜSTÜNER F. 429, 430  
ÜTÜK O. 546

## V

VAİZOĞLU S. A. 4, 415, 416, 418, 419, 426  
VARGÖL E. 448  
VAROL N. 624  
VEREN F. 460  
VURUCU S. 434  
VURUR S. 443, 514, 515, 599

## Y

YALÇIN KARADAĞ F. 546  
YALÇIN M. 514  
YALÇINKAYA M. 323  
YALIM D. 325  
YAPAR K. 430  
YAPICI G. 348, 547  
YARDIM M. 2  
YARDIM N. 39, 168, 480  
YAREN H. 434, 657  
YARSAN E. 422  
YARUK E. 611  
YASİN İ. 477  
YASİN Y. 309, 425  
YASLI G. 536, 559  
YAVUZ C. İ. 660

YAVUZYILMAZ A. 384, 574  
YAZICI G. 459  
YEĞİNER C. 329, 469, 531, 628  
YENEN M.C. 379  
YENİGÜN A. 317, 437  
YEŞİLDAL F. 573  
YEŞİLDAL N. 386, 584  
YEŞİLTEPE G. 425  
YIKAR E. 584  
YILDIRIM A. 481, 554, 583  
YILDIRIM F. 479  
YILDIRIM N. 38, 138  
YILDIRIM SARI H. 333  
YILDIRIMKAYA G. 40  
YILDIZ A. 2, 441  
YILDIZ A. N. 4, 395, 398, 545, 622  
YILDIZ E. Y. 368  
YILDIZ K. 573  
YILDIZ M. 553  
YILDIZLI F. 374  
YILMAZ A. 579  
YILMAZ D. 513  
YILMAZ GÜRAL Ö. Z. 498  
YILMAZ M. 338, 407  
YILMAZ M. A. 436  
YILMAZ O. 620  
YILMAZ T. D. 508  
YİPEL M. 422  
YOLCU S. 531  
YORULMAZ F. 4, 39, 314, 316, 327, 389, 428, 433, 446, 447, 473, 492, 516, 517, 596  
YÖRÜK S. 375  
YURTSEVEN E. 332, 424  
YÜCEL İ. 594, 609  
YÜCEL N. 557  
YÜCEL U. 524, 585, 621  
YÜKSEL A. 4, 39, 360  
YÜKSEL F. 411  
YÜKSEL S. 448  
YÜKSEL T. 627

## Z

ZENCİR M. 4, 581, 582  
ZENGIN E. 331, 586  
ZEYREK F. Y. 411  
ZEYREK U. 428, 473  
ZORBA H. 370