

# TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

## TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ

December 2011  
Aralık 2011

Published three times a year  
Yılda üç kez yayınlanır

Volume 9 Number 3  
Cilt 9 Sayı 3

### CONTENTS

**From the Editor/ Editörden,** i-xiii

*Sibel Kalaca*

### ORIGINAL RESEARCH ARTICLE/ ORJİNAL ÇALIŞMA

İzmir, Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi/ The five-year incidence of coronary heart disease and its correlation with risk factors in Güzelbahçe, İzmir,  
*Okan Badıllıoğlu, Belgin Ünal Toğrul, Ş. Reyhan Uçku* 129-138

Üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler/ Prevalence of depression among Turkish University Students and related factors,  
*Osman Gunay, Fatma Akpınar, Serpil Poyrazoglu, Hacı Aslaner* 139-149

Müfredata eklenen bir dersin ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarına etkilerinin değerlendirilmesi/ An evaluation of the effects on the knowledge and behavior of second year medical school students of a course on violence against women added to their curriculum,  
*H Ash Davas Aksan , Işıl Ergin, Hür Hassoy, Raika Durusoy, Meltem Çiçeklioğlu* 151-162

Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde 0-5 yaşları arasındaki çocukların büyüme ve psikomotor gelişimine mevsimlik tarım işçiliğinin etkisi/ The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in Southeastern Anatolia,  
*Zeynep Simsek, Ibrahim Koruk* 163-171

Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif kullanımı konusundaki görüşleri / Opinions of Health College Students on Premarital Sex, Induced Abortions and Contraceptive Use of Young People,  
*Burcu Tokuç, Ufuk Berberoğlu, Gamze V. Saraçoğlu, Ülfiye Çelikkalp* 172-179

Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve beklentileri/ The involvement of physicians in their professional organization and their expectations, Mersin,  
*A.Öner Kurt, Gülçin Yapıcı, Tayyar Şaşmaz, Metin Uzabacı, Aksel Tol, İ.Hakkı Bozgedik, Güliz Öztürk* 180-188



T  
J  
P  
H  
/  
T  
H  
S  
D

**TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ**

ISSN: 1304-1096, Electronic ISSN:1304-1088

---

© 2004, Turkish Society of Public Health Specialists /  
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Printed by/Baskı: Palme Yayıncılık

<http://www.hasuder.org.tr/ojs/>

TJPH/THSD Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

# **TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ / THSD**

- Derginin Sahibi** : HASUDER adına Doç. Dr. Tacettin İnandı, *Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay*  
E-posta: [hasuder@hasuder.org.tr](mailto:hasuder@hasuder.org.tr)
- Baş Editör** : Prof.Dr. Sibel Kalaça, *Marmara Üniversitesi, İstanbul*  
E-posta: [tjph@hasuder.org.tr](mailto:tjph@hasuder.org.tr)
- Editörler Kurulu** : Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak, *Trakya Üniversitesi, Edirne*  
Prof.Dr. Osman Günay, *Erciyes Üniversitesi, Kayseri*  
Prof.Dr. Murat Topbaş, *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon*  
Doç.Dr. Nur Aksakal, *Ankara Üniversitesi, Ankara*  
Doç.Dr. Yücel Demiral, *Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir*  
Doç.Dr. Nilay Etiler, *Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli*
- Sayfa Düzeni Editörleri:** Yrd.Doç.Dr. A. Öner Kurt, *Mersin Üniversitesi, Mersin*  
Yrd.Doç.Dr. Ebru Turhan, *Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay*
- İngilizce Düzeltme** : Prof. RW Guillery
- Derginin Yöneticisi** : Doç.Dr. C. Tayyar Şaşmaz, *Mersin Üniversitesi, Mersin*  
E-posta: [tjph.manager@hasuder.org.tr](mailto:tjph.manager@hasuder.org.tr)  
Doç.Dr.ERCÜMENT CEYHUN (Yönetici yrd), *Karadeniz Teknik Ü., Trabzon*
- Derginin Dili** : Türkçe ve İngilizce  
**Yayına Başlama Tarihi** : 2003  
**Yayınlanma Sıklığı** : Yılda üç sayı (Nisan, Ağustos, Aralık)  
**Yayın Kabulü** : Online  
**Dergi Web** : <http://tjph.hasuder.org.tr/>
- İletişim** : Halk Sağlığı Uzmanları Derneği  
Tunus Cad No: 5915, Çankaya Ankara
- Dernek Telefon** : 05559920332  
**Dernek Web** : [www.hasuder.org.tr](http://www.hasuder.org.tr)
- Abonelik** : 50 TL/Yıllık, Tlf: 05553562780,  
E-posta: [tjph.manager@hasuder.org.tr](mailto:tjph.manager@hasuder.org.tr)
- ISSN** : 1304-1096  
**ISSN (Elektronik)** : 1304-1088
- Yayın Hakkı** : THSD'nin yayın hakkı Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'ne (HASUDER) aittir. Dergide yayınlanan yazı, resim, şekil ve tablolar yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir şekilde basılamaz, çoğaltılamaz. Kaynak göstermek şartıyla bilimsel amaçlı olarak alıntı yapılabilir. Dergide yayınlanan yazı, şekil ve resimlerden yazarlar sorumludur.
- İndeklendiği Dizinler** : Türkiye Atf Dizini

# **TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH / TJPH**

**The owner of the journal** : On behalf of HASUDER Assoc. Prof. Dr. Tacettin İnandı,  
*Mustafa KU, Hatay* E-mail: [hasuder@hasuder.org.tr](mailto:hasuder@hasuder.org.tr)

**Editor in Chief** : Prof.Dr. Sibel Kalaça, *Marmara University, İstanbul*  
E-mail: [tjph@hasuder.org.tr](mailto:tjph@hasuder.org.tr)

**Editorial Board** : Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak, *Trakya University, Edirne*  
Prof.Dr. Osman Günay, *Erciyes University, Kayseri*  
Prof.Dr. Murat Topbaş, *Karadeniz Teknik University, Trabzon*  
Assoc. Prof.Dr. Nur Aksakal, *Ankara University, Ankara*  
Assoc. Prof.Dr. Yücel Demiral, *Dokuzeylül University, İzmir*  
Assoc. Prof.Dr. Nilay Etiler, *Kocaeli University, Kocaeli*

**Layout Editor** : Assit. Prof.Dr. A. Öner Kurt, *Mersin University, Mersin*  
Assit. Prof.Dr. Ebru Turhan, *Mustafa Kemal University, Hatay*

**English Edition** : Prof. RW Guillery

**The Manager of Journal** : Assoc. Prof.Dr. C. Tayyar Şaşmaz, *Mersin University, Mersin*  
E-mail: [tjph.manager@hasuder.org.tr](mailto:tjph.manager@hasuder.org.tr)  
Assoc. Prof.Dr. Ercüment Ceyhun (Assist of manager), *KTU, Trabzon*

**The Language of Journal** : Turkish and English

**The Start Date of Publication** : 2003

**The Frequency of Publication** : Published three times year (April, August, December)

**Publication Accepted** : Online

**Web of Journal** : <http://tjph.hasuder.org.tr/>

**Subscription** : 50 TL /Year, Tlf: 05553562780,  
E-mail: [tjph.manager@hasuder.org.tr](mailto:tjph.manager@hasuder.org.tr)

**Corresponding** : Halk Sağlığı Uzmanları Derneği  
Tunus Cad No :5915, Çankaya Ankara

**The Association Phone** : 05559920332

**The Association Web** : [www.hasuder.org.tr](http://www.hasuder.org.tr)

**ISSN** : 1304-1096

**ISSN (Electronic)** : 1304-1088

**Copyright** : The copyright of TJPH belongs to Public Health Professionals Association (PHPA). Published in the journal page, illustrations, diagrams, and tables in any way, whole or in part without the written permission of the Publisher can be printed, reproduced. All publication can be used for scientific purposes, provided that the source is quoted. Authors are responsible for the article, figures, and pictures published in the journal.

**Indexed** : Turkish Citation Index

*Türkiye Halk Sağlığı Dergisi-THSD 2011;9(3)*

*Turkish Journal of Public Health-TJPH 2011;9(3)*

## **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Hakkında/ About of The Turkish Journal of Public Health**

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi (THSD) yılda elektronik/basılı olarak üç sayı yayınlanan ve hem ulusal hem de uluslararası Halk Sağlığı ve Toplum Hekimliği alanında geniş bir kitleye hizmet veren hakemli bir araştırma dergisidir. THSD bu alandaki gelişmeleri ve yeni bilginin hızlı iletişimi için bir ortam sağlamayı amaçlamaktadır. Editör sıralanan alanlardan yazı almayı öngörmektedirler: Sağlık politikası ve yönetimi, biyoistatistik, epidemiyoloji, çevre sağlığı, sağlık ekonomisi, sağlık demografi, sağlık için sosyal bilimler, sağlık eğitimi, halk sağlığı laboratuvarı, toplum beslenmesi, bulaşıcı hastalıklar, afet yönetimi, kazalar, kadın sağlık / üreme sağlığı, çocuk sağlığı, kronik hastalıklar ve iş sağlığı.

Prof.Dr. Sibel Kalacı  
THSD Baş Editörü

The Turkish Journal of Public Health (TJPH) is a peer reviewed research journal published online / hardcopy three times a year and serving a broad audience in the field of Public Health and Community Medicine both nationally and internationally. TJPH aims to provide a medium for the rapid communication of advances and new knowledge in this field. The editor anticipates receiving manuscripts from the following areas of research: Health policy and management, biostatistics, epidemiology, environmental health, health economics, medical demography, social sciences for health, health education, public health laboratory, community nutrition, infectious diseases, disaster management, accidents, women's health/reproductive health, child health, chronic diseases, and occupational health.

Prof.Dr. Sibel Kalacı  
Chief Editor of TJPH

## Yazarlar İçin Bilgi

### Yazının Hazırlanması ve Gönderilmesinde Uyulacak Kurallar

#### 1. Yazıların Kabulü

**a. Orijinal araştırma makaleleri:** İlgili bir alanda orijinal araştırma bulgularını bildiren yayınlar (en fazla 5000 kelime).

**b. Kısa raporlar:** Araştırma bulgularının başlangıç ya da kısa raporları (en fazla 1500 kelime).

**c. Derleme:** Derleme yazılarının dergiye yayınlanmak üzere başvurulmasından önce yazarların editörle temas kurması önerilir (en fazla 4500 kelime).

**d. Alandan notlar:** Paylaşılacak istenen deneyimlerin, geniş kitleleri ilgilendiren girişimlerin, sahada uygulanan vurgulanması gereken programların halk sağlığı topluluğu ile paylaşılması (en fazla 1000 kelime).

**e. Editöre mektuplar:** Önceden yayınlanan makale/dokümanlar veya halk sağlığı ile ilgili ulusal ve uluslararası konularla ilişkili tepkiler (en fazla 300 kelime).

**f. Veri:** Ulusal veya bölgesel çalışmaları temsil eden veri (en fazla 35 tablo ve şekil).

Dergiye yayınlanmak üzere gönderilen yazıların herhangi başka bir yerde değerlendirmede olmadığı, yayınlanmadığı ve orijinal olduğu kabul edilecek. Her bir proje için, bunu beyan eden bir mektubun, yazının bütün yazarları tarafından imzalanarak gönderilmelidir. Derginin resmi dili Türkçe ve İngilizcedir. Başvurular iki aşamalı bir inceleme sürecine tabi tutulurlar. Başlangıçta editörler kurulu tarafından başvurunun niteliği ve önemi değerlendirilir. Bu değerlendirme sonrasında kabul edilen başvuru, yazar ve kimlik bilgileri gizlenerek en az iki hakeme gönderilir.

#### 2. Yazarlık

Yazarlık konusunda Tıbbi Dergi Editörleri Uluslararası Kurulunun kriterleri benimsenmektedir (277:927-934 JAMA. 1997). İki veya daha fazla yazarlı makalelerde, her bir yazar çalışmanın yürütülmesi ve yazılmasına aktif ve yeterli katılımı sağlamalıdır. Bir yazıda yazar

olabilmek için, yazarın aşağıdaki maddelerde yer alan şartları karşılaması gereklidir;

**a.** Çalışmanın içerik ve tasarımına veya verinin analiz ve yorumuna (1) ve (2) yazının taslak veya düzeltilmesine kritik eleştirel katkı sağlayan ve;

**b.** Yazının son haline her bir yazar tarafından nihai onay verilmesi.

Yazar olmak için "a" (1 ve 2) ve "b" deki koşullar sağlanmalıdır. Çalışmaya olan diğer katkılar teşekkür bölümünde ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Gönderilen yazıya eşlik eden mektupta, yazarların her bir şartı yerine getirdiği doğrulanmalıdır.

#### 3. Yazının Hazırlığı

##### a. Genel

Yazılar beyaz bir kağıt üzerine tek taraflı, sayfaları numaralı, çift aralıklı ve sayfa kenar boşlukları 2.5 cm olacak şekilde yazılmalıdır. Yazıda karakter büyüklüğü 12 punto olmalıdır. Yazının metin ve özet kısmının sözcük sayısını bildiriniz. Yazı başvurusu online yapılmalıdır: <http://www.hasuder.org.tr/ojs/index.php?journal=TJPH>

Editör

Türk Halk Sağlığı Dergisi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Haydarpaşa 34668 İstanbul / Türkiye

E-posta: [tjph@hasuder.org](mailto:tjph@hasuder.org)

##### b. Başvuru mektubu

Birinci yazarın iletişim bilgileri ile (posta ve e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları) beraber bütün yazarlar mektubu imzalamalıdır. Çalışmanın gerçekleştirilmesinde olası bütün çıkar ilişkilerini açıklayınız (örneğin, ürün danışmanlık çalışmaları için finansman kaynakları). Yazının halk sağlığı alanında önemini gösteren kısa bir mektup yararlı olur. Dört kişiye kadar ilgili hakem önerebilirsiniz (posta ve e-posta adresleri ve telefon ve faks numaraları dahil).

### **c. İlk başlık sayfası**

İlk başlık sayfası aşağıdaki bilgileri içerir:

1. Çalışmanın başlığı,
2. 40 karakteri geçmeyen kısa bir başlık,
3. Tüm yazarların tam isimleri, çalışma esnasında unvan ve kurumsal bağlantıları,
4. Adı, posta ve e-posta adresleri, iletişim için telefon ve faks numaraları, yeniden baskı istekleri,
5. Özet, kaynaklar, tablo ve şekilleri de içerecek şekilde tüm metnin kelime sayısı,
6. Özet, metin ve kaynakların ayrı ayrı kelime sayısı ve tablo ve şekillerin sayısı.

### **d. İkinci başlık sayfası**

Sadece başlık olacak (hakemlerin yazarın kimliğini bilmemesi için) ve yazarların tanınmasını sağlayacak diğer bariz göstergeleri siliniz.

### **e. Metin**

Yazının metni aşağıdaki başlıkları sırasıyla içermeli: Özet (en fazla 250 kelime), ardından anahtar kelimeler. En fazla 5 anahtar kelime olarak seçilmelidir. Türkçe yazılmış makaleler için her zaman "Türkiye Bilim Terimleri" ni (<http://www.bilimterimleri.com>) kullanmaya çalışınız. İngilizce yazılmış makaleler için her zaman Index Medicus Tıbbi Konular Başlıklar listesi terimleri kullanmaya çalışınız. Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Teşekkürler. Her bölüm yeni bir sayfada başlamalıdır.

### **f. Şekiller**

Tüm şekiller (fotoğraflar, çizimler, şekiller, şemalar) açık, kolayca okunabilir ve metin içinde yerleştirilecek yere Arabik rakamlarla site edilmeli (Şekil 1, Şekil 2, vb) ve ayrı bir sayfaya sırayla yerleştirilmeli. Yazıtlar metne kaynaksız kalıcı şekil yorumları için yeterli detay içermelidir. Birimler şekillerin içinde gösterilmelidir. Derginin bilgisayarlarında tekrar üretilebilir diye, bütün çizgi grafik ve onların ilgili veri noktaları grafiğe eşlik etmelidir.

### **g. Tablolar**

Tablolar mümkün olduğunca basit ve anlaşılır olmalı ve metin içinde yerleştirilecek yere Arabik rakamlarla (Tablo 1, Tablo 2, vb.) sırasıyla site edilmeli. Her bir tablonun başlığı olmalı ve ayrı bir sayfaya yerleştirilmeli. Her bir tablonun başlığı tablonun içeriğini açıkça belirtmelidir. Yorumu kolaylaştırmak için yeterli ayrıntıda tablo dipnot dahil edilmelidir.

### **h. Kaynaklar**

Kaynaklar metin içinde kullanılma sırasına göre rakamlarla üst karakter olarak gösterilir. Altı ve daha az sayıda yazar sayısı olan kaynaklarda yazarların tamamı yazılır; yedi ve üzerinde yazar sayısı olan kaynakların sadece ilk üç yazarı yazılacak ve "ve ark" şeklinde yazılacak. Dergi isimleri için Index Medicus kısaltmalarını kullanınız. Değerlendirme aşamasında olan makaleleri kaynak olarak kullanmayınız; bunlar metin içinde ifade edilebilir. Kaynak kişi, tarih ve iletişim şekli (varsa e-mail, gönderenin adresini sağlayınız) verilmek şartıyla, kişisel düşünceler site edilebilir. Kaynaklar Tıbbi Dergiler Editörlerinin Uluslararası Kurulu tarafından tanımlanan şekliyle sıralanmalıdır ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

### **Kaynak gösterim örnekleri:**

#### **Dergi makalesi**

Feldman HA, McKinley SM. Cohort versus crosssectional design in large field trials: precision, sample size, and unifying model. Stat Med 1994;13:61-78.

#### **Kitap**

UNICEF. State of the World's Children. New York: Oxford University Press, 1998.

#### **Kitap içinde bölüm**

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

#### **Online kitap ya da web sitesi**

Garrow A, Winhouse G. Anoxic brain injury: assessment and prognosis. In: Up To Date Cardiovascular Medicine [online]. Available at: [www.UpToDateInc.com/card](http://www.UpToDateInc.com/card). Accessed February 22, 2000.

#### **i. Teşekkürler:**

Teşekkürleri ayrı bir sayfaya hazırlayın. Kabul ettiğiniz üzere, sizden çalışmaya katkı sağlayan fakat yazarlık şartlarını sağlayamayan kişilerin tamamının

isminin listelenmesi ve onların bu listeye yazıldığına ilişkin onaylarının alındığı istenecek. Ayrıca gerekli tüm mali ve maddi destek sağlayanların açıklanması gerekiyor. Çalışmada insan denekler yer alıyorsa, kurumsal bir inceleme kurulu tarafından onay raporu gerekir.

#### **4. Etik Sorumluluk:**

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Dünya Tıp Birliğinin Helsinki Bildirgesine bağlıdır (925-926 277 JAMA 1997).



## Information For Authors

The following types of contributions are welcomed

### 1. Submission of Papers

**a. Original research articles:** Papers reporting original research findings in a relevant area (maximum 5000 words).

**b. Short reports:** Preliminary/short reports of research findings (maximum 1500 words).

**c. Critical reviews:** Authors are advised to contact the editor prior to submission of critical review papers (maximum 4500 words).

**d. Notes from the field:** Highlighting practicebased programs, initiatives of widespread interest, experiences to share with the public health community (maximum 1000 words).

**e. Letters to the editor:** Reactions relating to previously published articles/documentants or to nationally and internationally relevant issues concerning public health (maximum 300 words).

**f. Data:** Data from nationally or sub-nationally representative surveys (maximum 35 tables and figures).

Submissions will be considered on the understanding that they comprise original, unpublished material and are not under consideration for publication elsewhere. A cover letter to this effect should be enclosed with each submission, signed by all authors of the paper. Official languages of the journal are Turkish and English. Submissions undergo a two-tiered review process. The editorial board for overall quality and interest screens them initially. Papers accepted for formal review will be sent anonymously to at least two independent referees.

### 2. Authorship

We adhere to the criteria of the International Committee of Medical Journal Editors (JAMA. 1997; 277:927-934). For manuscripts with two or more authors, each author must qualify by having participated actively and sufficiently in the study that is being carried out and reported on. The

inclusion of each author in the authorship list of a report is based only;

**a.** On substantial contributions to (1) concepts and design, or analysis and interpretation of data and (2) drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content;

and;

**b.** On final approval by each author of the submitted version of the manuscript.

Conditions "a" (1 and 2) and "b" must both be met. Others contributing to the work should be recognized separately in an Acknowledgement. In the covering letter that accompanies the submitted manuscripts, it must be confirmed that all authors fulfilled both conditions.

### 3. Manuscript Preparation

#### a. General

Manuscripts must be typewritten on one side of a white paper, page numbered, and double-spaced with 2.5 cm margins. Good quality printouts with a font size of 12 pt are required. Provide a word count for the paper and abstract. Submission should be made

online: <http://www.hasuder.org.tr/ojs/index.php?journal=TJPH>

The Editor

Turkish Journal of Public Health  
Marmara University Medical Faculty  
Department of Public Health  
Haydarpasa 34668 Istanbul/Turkey  
E-mail: tjph@hasuder.org

#### b. Cover letter

All authors must sign the letter, with one named correspondent (give postal and e-mail addresses and telephone and fax numbers). Disclose all possible conflicts of interest (e.g. funding sources for consultancies of studies of products). A brief indication of the importance of the paper to the field of public health is helpful. You may suggest up to 4 knowledgeable reviewers

(include postal and e-mail addresses and telephone and fax numbers).

### **c. First title page**

Include:

1. A concise title,
2. A short running head of more than 40 characters,
3. Full names of all authors, with degrees and institutional affiliations at the time of the work,
4. Name, postal and e-mail addresses, and telephone and fax numbers for correspondence and reprint requests,
5. Word count for the whole text including the abstract, references, tables and figures and,
6. Separate word counts for abstract, text, and references and the number of tables and figures.

### **d. Second title page**

Type only the title (to keep authorship unknown to reviewers), and remove other obvious indications of author identity.

### **e. Text**

The text of the article should include the following: Abstract (up to 250 words), followed keywords. Maximum 5 key words should be selected. For the manuscript written in Turkish always try to use terms from "Türkiye Bilim Terimleri" <http://www.bilimterimleri.com>); for the manuscript written in English always try to use terms from the Medical Subjects Headings list from Index Medicus. Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, and Acknowledgments. Each section should begin on a new sheet.

### **f. Figures**

All figures (photographs, drawings, diagrams, charts) should be clear, easily legible, and cited consecutively by Arabic numerals in the text (Figure 1, Figure 2, etc) and should be placed on separate sheets. Legends should contain sufficient detail to permit figure interpretation without

reference to the text. Units should be indicated in the figures. All line graphs and their respective data points should accompany charts so that they can be replicated on the journal's computers.

### **g. Tables**

Tables must be concise, as simple as possible, and cited consecutively by Arabic numerals in the text (Table 1, Table 2, etc). Each table should be titled and typed on a separate sheet. The title of each table should clearly indicate the nature of the contents. Sufficient detail should be included in the table footnote to facilitate interpretation.

### **h. References**

Cite references in numerical order and as superscripts in the text. List all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list only the first three and add et al" Use Index Medicus (abridged) abbreviations for journal names. Do not reference papers that are "submitted"; these can be mentioned in the body of the text. Cite personal communications in text only, giving source, date, and type (if e-mail, provide sender's address). References should follow the style described by the International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

### ***The following are sample styles***

#### ***Journal article***

Feldman HA, McKinley SM. Cohort versus crosssectional design in large field trials: precision, sample size, and unifying model. *Stat Med* 1994;13:61-78.

#### **Book**

UNICEF. *State of the World's Children*. New York: Oxford University Press, 1998.

#### **Chapter in a book**

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

**Online book or web site**

Garrow A, Winhouse G. Anoxic brain injury: assessment and prognosis. In: Up To Date Cardiovascular Medicine [online]. Available at: [www.UpToDateInc.com/card](http://www.UpToDateInc.com/card). Accessed February 22, 2000.

**i. Acknowledgements**

Prepare acknowledgments on a separate page. Upon acceptance, you will be asked to certify that you have listed all persons who have contributed substantially to the work

but who do not fulfill authorship criteria and that you have obtained permission for listing them. Also required is disclosure of all financial and material support. If human subjects are involved, you must report approval by an institutional review board.

**4. Ethical Responsibility:**

TJPH adheres to the Declaration of Helsinki of the World Medical Association (JAMA 1997; 277: 925-926).

## **Editörden**

Sevgili Okurlar,

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi'nin 2011 yılının son sayısı ile sizleri selamlamaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayıda altı araştırma makalesi yer alıyor; öğrenecek ve üzerinde düşünecek pek çok şey bulacağınıza inanıyoruz.

Bu sayının ilk makalesi 30 yaş ve üzerindeki bir popülasyonda beş yıllık koroner kalp hastalığı (KKH) insidansı ve ilişkili risk faktörleri hakkındadır. Badıllıoğlu ve arkadaşları bu ileriye dönük kohort araştırmasında, İzmir-Güzelbahçe'de yaşayan 268 bireyi değerlendirmişler ve toplam KKH insidansını %5.2 bulmuşlardır. Bu hız, erkeklerde kadınlardan yaklaşık 7 kat fazladır ve cinsiyetler arasında belirgin bir farka işaret etmektedir.

Her iki grupta da KKH insidansı yaşla birlikte artmaktadır ve her iki cinsiyette de en yüksek hız 60 yaş ve üzeri grupta bulunmuştur (10.3%). Araştırmacılar ayrıca, trigliserid yüksekliğinin KKH insidansı ile ilişkili bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.

"Üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler" çalışmasında Günay ve meslektaşları, Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde depresyon sıklığını ve ilişkili faktörleri saptamayı amaçlamıştır. Çalışmaya 1003 üniversite öğrencisi katılmış, öğrenciler Beck Depresyon Ölçeğini yanıtlamıştır. Öğrencilerin yaklaşık beşte birinin depresyon geçirdiği saptanmıştır. Öğrenciler için, memnun

olmadıkları bir fakültede okuyor olmak, depresyonla ilişkili önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Araştırmacılar, öğrencilere fakülte seçimi konusunda daha iyi rehberlik yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Aksal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, müfredata eklenen bir dersin ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarının ve ayrıca gelecekteki rollerinin geliştirilmesine olan katkısını değerlendirmiştir.

Şimşek ve Koruk, yaptıkları kesitsel çalışmada, mevsimlik tarım işçiliğinin çocuğun büyüme ve psikomotor gelişmesine olan etkisini incelemişlerdir. Mevsimlik tarım işçiliği yapan bir aileden olmak ve annenin eğitimi bodurluk ile ilişkili risk faktörleri olarak bulunmuştur. Yazarlar, hassas bir grup olan mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarının temel sağlık hizmetlerine ve sağlık haklarına erişimlerinin sağlanması için çaba harcanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Tokuç arkadaşları ise, yaptıkları çalışmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik öncesi cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif yöntem kullanımı konusunda görüşlerini belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre, geleceğin sağlık çalışanları evlilik dışı cinsel ilişki,

istemli düşükler ve kontraseptif kullanımı ile ilgili konularda toplumsal değer yargıları ve mesleki yaklaşımları arasında ikilem yaşamaktadırlar. Buna göre, sağlık alanında toplumsal değer yargılarının mesleki

bağımsızlığı ve tıbbi etik yaklaşımları etkilemesi olasılığını en aza indirmek için müfredatın gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Bu sayının son makalesi hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve örgütten beklentileri konusundadır. Mersin’de yaptıkları çalışmada Kurt ve arkadaşları 550 hekimle görüşmüş; hekimlerin %77.1’inin Mersin

katıldığını belirtmişken, %26.7’si gelecekte etkinliklere katılmayı planladığını söylemiştir.

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi’nin bu sayısını beğeneceğinizi umar, bu sayıya katkıda bulunan tüm yazar ve hakemlere teşekkür ederiz.

Yeni yılınız kutlu olsun!

Tabip Odasına üye olduğunu saptamıştır. Bu hekimlerin % 31.5’i son bir yılda Odada yürütülen etkinliklere aktif olarak

Prof.Dr.Sibel Kalaça  
Editör

### **Bu Sayıda Hakemlik Yapanlar**

Prof.Dr. Yasemin Açık, Elazığ  
Prof.Dr. Nazmi Bilir, Ankara  
Prof.Dr. Nukhet Örnek Büken, Ankara  
Prof.Dr. Ferda Özyurda, Ankara  
Doç.Dr. Özen Aşut, Ankara  
Doç.Dr. Pınar Ay, İstanbul  
Doç.Dr. Türkan Günay, İzmir  
Doç.Dr. Tacettin İnandı, Hatay  
Doç.Dr. Nalan Şahin Hodoğlugil, USA  
Doç.Dr. Ferdi Tanır, Adana  
Yrd.Doç.Dr. Nuket P. Erbaydar, Ankara

## From the editor

Dear Readers,

We are happy to be greeting you with the latest issue of the Turkish Journal of Public Health in 2011. There are six original research articles in this issue which will, we trust, give you much to learn and think about.

The first article of this issue deals with the five-year incidence of coronary heart disease (CHD) and its correlation with risk factors in a population aged 30 years and older. In this prospective cohort study, Badıllıoğlu et al. followed 268 individuals in Güzelbahçe, İzmır, and found an overall incidence of CHD of 5.2%. This rate was almost 7 times higher among men compared to women indicating a significant difference between the two sexes. In both groups, the CHD incidence has increased with the age and highest rate of CHD was found in the age group that was 60 years or older (10.3%). They also found a significant relationship of elevated triglyceride levels and the incidence of CHD.

In "Prevalence of depression among Turkish University Students and related factors", Gnay and colleagues aimed to determine the prevalence rate of depression and its correlates in students at Erciyes University. A total of 1003 university students were included in the study and a Beck Depression Inventory was completed by the students. It was found that approximately one-fifth of the students had depression. For the

students, studying in a faculty with which they were not satisfied was a major factor affecting depression. They suggested that better leadership should be provided for students when they are selecting their area of study.

Aksal et al. in their paper "An evaluation of the effects on the knowledge and behavior of second year medical school students of a course on violence against women added to their curriculum" revealed the importance of developing knowledge, attitudes and future roles of second year medical school students by adding a course about violence against women.

In the third article of this issue, Şimşek and Koruk, in their cross sectional study, aimed to investigate growth and psychomotor development in the children of migratory farmworkers. They found, after controlling for confounding factors, that being from a migratory farmworkers' family is associated with stunted growth, as is the level of maternal education.

The Authors concluded that children of migratory farmworkers represent a vulnerable population that deserves special attention in terms of healthcare rights and primary healthcare services.

Toku and colleagues describe the opinions of health college students about premarital sexual intercourse, induced abortion, and contraceptive use. The findings displayed a dilemma of the health professional of the future between society's condemnation and the ethical rules of their profession

concerning premarital sexual intercourse, induced abortions and contraceptive use of unmarried couples. The investigators concluded that the structure of midwifery and nursing educational courses should be reviewed in order to balance the impact of the cultural values on the professional independence and ethical approaches.

The final article of this issue deals with the involvement of physicians in Mersin province in their professional organization and their expectations. In their study, Kurt et al. investigated 550 physicians and found that 77.1% of the physicians were members

of the Mersin Medical Chamber, 31.5% had participated in the activities of the Chamber over the last year and 26.7% wanted to take part in the activities of the Chamber in the near future.

We hope you enjoy this issue of the Turkish Journal of Public Health. We would like to thank all the authors and reviewers who have contributed to this issue of the journal. Happy new year!

Prof. Dr. Sibel Kalaca  
Editor

### ***Contributors to this issue***

Prof.Dr. Yasemin Acik, Elazig

Prof.Dr. Nazmi Bilir, Ankara

Prof.Dr. Nukhet Ornek Buken, Ankara

Prof.Dr. Ferda Ozyurda, Ankara

Assoc. Prof.Dr. Ozen Asut, Ankara

Assoc. Prof.Dr. Pinar Ay, Istanbul

Assoc. Prof.Dr. Turkan Gunay, İzmir

Assoc. Prof.Dr. Tacettin Inandi, Hatay

Assoc. Prof.Dr. Nalan Sahin Hodoglugil, USA

Assoc. Prof.Dr. Ferdi Tanır, Adana

Assit. Prof.Dr. Nuket P. Erbaydar, Ankara





# İzmir, Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi

Okan Badıllıoğlu<sup>a</sup>, Belgin Ünal Toğrul<sup>b</sup>, Ş. Reyhan Uçku<sup>b</sup>

## Özet

**Amaç:** Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 1997 yılında yapılan, 30 yaş ve üzeri populasyonda Koroner Kalp Hastalığı (KKH) sıklığının ve risk faktörleri ile ilişkisinin belirlendiği araştırma grubundaki KKH olmayan kişilerde beş yıllık KKH insidansını ve risk faktörleri ile ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** İlk çalışmada (1997 yılında) incelenen 343 kişi içerisinde KKH tanısı alanlar çıkartılarak, geriye kalan 315 kişi ileriye yönelik değerlendirme için araştırma grubunu oluşturmuştur. 315 kişiden 47'sine (%14.9) göç nedeniyle ulaşılamamıştır. Görüşülen ve ölen toplam 268 (%85.1) kişi, beş yıllık KKH insidansı ve beş yıl önceki risk faktörleri ile ilişkisi açısından incelenmiştir. **Bulgular:** Araştırma grubunda KKH beş yıllık insidansı %5.2'dir. KKH insidansı, erkeklerde %11.7, kadınlarda %1.7 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan erkeklerle kadınlar arasında, KKH insidansı açısından anlamlı bir fark vardır. Araştırmaya katılanlarda yaş arttıkça KKH insidansı da anlamlı olarak artmaktadır. 1997 yılındaki araştırma grubunda şeker hastalığı %9.3, ailede KKH öyküsü %23.6, sigara içmiş-içiyor olma sıklığı %47.8, obezite %31.9, hipertansiyon %48.7 oranlarında görülmüştür. Bu risk faktörleri açısından araştırma grubu incelendiğinde şeker hastalarında, ailede KKH öyküsü olanlarda, sigara kullananlarda, total kolesterol ve trigliserit değerleri yüksek bulunanlarda beş yıllık KKH insidansı daha yüksek bulunmuştur; ancak bu risk faktörlerinden sadece trigliserit yüksekliği ile KKH insidansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. **Sonuç:** Erkeklerde %11.7, kadınlarda %1.7 bulunan insidans göstermektedir ki erkeklerle kadınlar arasında KKH insidansı açısından çok anlamlı bir fark vardır. Sigara kullanan, ailede KKH öyküsü olan, şeker hastalığı bulunan, total kolesterol ve trigliserit düzeyleri yüksek olanlarda bu riskleri taşımayanlara göre KKH insidansı daha yüksek oranlarda görülmüştür; sadece trigliserit yüksekliği ile KKH insidansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Koroner kalp hastalığı, insidans, risk faktörleri

## The five-year incidence of coronary heart disease and its correlation with risk factors in Güzelbahçe, İzmir

### Abstract

**Objective:** In 1997, the population aged 30 years and over had been evaluated to determine the prevalence of Coronary Heart Disease (CHD) and to correlate this with risk factors in the Güzelbahçe Health District-İzmir. The individuals without CHD in this earlier study group were reevaluated to investigate the five-year incidence of CHD and its correlation with risk factors. **Method:** The first study (in 1997) surveyed 343 individuals. Those who had the diagnosis of CHD were removed from the study leaving 315 individuals who were involved in the prospective study group.

<sup>a</sup> Uzm.Dr. Toplum Sağlığı Merkezi, Halk Sağlığı, Bucak, Burdur.

<sup>b</sup> Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

<sup>b</sup> Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

**Sorumlu Yazar:** Okan Badıllıoğlu, Bucak Toplum Sağlığı Merkezi, Yeni Mah. 1250 s. Kat 1, Bucak, Burdur, Türkiye Tlf: 0 248 325 35 83 Fax: 0 248 325 35 30 E-mail: okanbad@yahoo.com

47 (14.9%) of the 315 individuals could not be reached because of migration. In total, 268 (85.1%) individuals who had died or interviewed were investigated regarding five year CHD incidence and risk factors. **Results:** The overall incidence of CHD was 5.2%. Higher age group of the participants showed significant increases in the incidence of CHD. In 1997, the prevalences were 48.7% for hypertension, 23.6% for a family history of CHD, 47.8% for past or current smokers, 31.9% for obesity and 9.3% for diabetes mellitus in the study group. The people who were smokers, diabetic, with a family history of CHD and high total cholesterol and triglyceride levels had a higher five-year incidence of CHD than those who were not. However, the difference was only significant between triglyceride elevation and the incidence of CHD. **Conclusion:** The incidence of CHD was 11.7 % for men and 1.7 % for women which shows that there is a significant difference between men and women for the incidence of CHD. The triglyceride elevation has a significant relationship with the incidence of CHD.

**Key Words:** Coronary heart disease, incidence, risk factors

## Giriş

Kalp damar hastalıkları (KDH) mortalite ve morbiditesi 1960'lı yıllara kadar gelişmiş ülkelerde giderek artmış, daha sonra yavaşlamıştır ancak hala başlıca ölüm sebeplerindedir<sup>1,2</sup>. 1960'lardan itibaren sanayileşmiş ülkelerde KDH mortalitesinin düşmesinin nedeni olarak başlıca Koroner Kalp Hastalığı (KKH) risk faktörlerinin azalması düşünülmektedir<sup>2,3</sup>.

Gelişmiş ülkelerin birçoğunda 1970'li yıllardan itibaren başlatılan ve halen devam eden birçok çalışmayla KKH için risk faktörleri tanımlanmış ve bu faktörlere yönelik toplumsal girişimlerde bulunularak KKH'na bağlı mortalite ve morbiditede düşüşler sağlanmıştır<sup>4</sup>.

Gelişmekte olan ülkelerde ise 1960'lı yıllardan itibaren mortalitede artış izlenmiştir ve KKH önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur<sup>5</sup>. Günümüzde KKH'dan ölümlerin üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır<sup>6</sup>. Bu ülkelerde batı yaşam tarzına uyum sağlanması sonucunda sigara kullanımı, yüksek yağ oranlı diyet alışkanlığı, fiziksel aktivite azalması ve obezite gibi risk faktörlerine eğilim artmaktadır. Ayrıca bulaşıcı hastalıkların azalması, yaşlanmayla beraber KKH prevalansında yükselme görülmesi gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkları başlıca ölüm nedeni yapmaktadır<sup>1</sup>. KKH sağaltımının, esenlendirmesinin ve KKH'nın neden olduğu erken yaşta ölümlerin maliyeti ise oldukça yüksektir. Bunlardan dolayı koruyucu sağlık

hizmetlerinde etkili olabilmek için bu ülkelerde çalışmalar başlatılmalıdır<sup>7</sup>.

Gelişmiş ülkelerde 1985-1997 yılları arasında dolaşım hastalıklarından dolayı ölüm, toplam ölümlerin %51'inden %46'sına düşerken; gelişmekte olan ülkelerde %16'dan %24'e çıkmıştır. Sosyodemografik değişimlerin hızlı yaşandığı Türkiye'de ise 65 yaş üzeri nüfus giderek artmakta ve kalp hastalıkları toplam ölümlerin %41'ini oluşturmaktadır. Diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi sigara kullanımının, fiziksel hareketsizliğin, sağlıksız beslenmenin artması, Türkiye'de KKH sıklığında görülen yükselmenin başlıca nedenleri olarak düşünülmektedir<sup>8-11</sup>.

Türkiye'de 1990 yılında yapılan bir araştırmada 20 yaş üzeri nüfusta kalp hastalığı prevalansı %6.7 erkeklerde %6.2, kadınlarda %7.3 olarak saptanmıştır. KKH prevalansı ise %3.8, erkeklerde %4.1, kadınlarda %3.5'tir.<sup>12</sup> Aynı araştırma grubunun 2006 yılında yapılan taramasında ise KKH prevalansı 39-49 yaş grubunda %3, 50-59 yaş grubunda %11, 60 yaş ve üzerinde %27 bulunmuştur<sup>13</sup>.

Aynı araştırmanın devamında, 2009 yılında, KKH ölüm hızı araştırma grubunda yılda %05.7; erkeklerde %07.5, kadınlarda ise %03.9 saptanmıştır<sup>14</sup>. Araştırma grubu oldukça geniş olmasına ve değişik bölgelerden katılımcı içermesine rağmen örnek seçiminde olasılıklı yöntemler kullanılmadığından bu araştırmalar toplumu temsil etme açısından kısıtlılığa

sahiptir. Türkiye’de KKH prevalansını ve insidansını saptamaya yönelik çalışmalar sayıca ve nitelik olarak kısıtlıdır.

Bu araştırmada Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı’na bağlı Güzelbahçe ve Derya Sağlık Ocakları’nın bulunduğu Güzelbahçe ilçesinde KKH olmayan 30 yaş ve üzeri bireylerde beş yıllık KKH insidansını ve risk faktörleri ile olan ilişkisini belirlemek amaçlanmış ve bu bilgilerle toplum sağlığına yönelik hizmetleri geliştirmek hedeflenmiştir.

### Yöntem

Bu çalışma beş yıl önce yapılan kesitsel bir çalışma örneğinde ileriye yönelik olarak 24.07.2002 ve 22.12.2002 tarihleri arasında İzmir’e bağlı, kent merkezine yaklaşık 30 km uzaklıktaki Güzelbahçe ilçesinde yapılmıştır. İlk yapılan (1997 yılında) kesitsel çalışmada, KKH prevalansını ve risk faktörleri ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır<sup>15</sup>. İlk çalışmada, Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi’nde yaşayan 30 yaş ve üzeri 4884 kişi araştırma evreni oluşturmuş ve 408 kişi örnekleme alınarak, KKH prevalansı %6.5 (%95 güven düzeyinde sapma %2.3) hesaplanmıştır. Bu örneğe ulaşmada tabakalı ve küme örnekleme yöntemleri kullanılmış ve 343 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Şimdiki araştırmada ise ilk çalışmada yer alan KKH varlığı/yokluğu belirlenen 343 kişiden sağlıklı olanlarda (KKH olmayanlar) 5 yıllık KKH insidansını belirlemek hedeflenmiştir. Dolayısıyla bu çalışma özelinden yeniden bir örnek büyüklüğü hesaplanmamış ve bir önceki çalışmada KKH belirlenmeyen 315 kişi çalışma grubunu oluşturmuştur. Araştırma sırasında 315 kişiden 47’sine (%14.9) göç nedeniyle ulaşılamamıştır. Görüşülen ve ölen toplam 268 (%85.1) kişi, KKH insidansı ve beş yıl önceki risk faktörleri ile ilişkisi açısından incelenmiştir.

### Değişkenlerin tanımlanması

Bağımlı değişken Koroner Kalp Hastalığıdır. Koroner Kalp Hastalığı varlığını ortaya koymak için öykü, EKG bulguları ve anjina pektoris varlığına bakılmıştır. Kişinin öyküsünde, geçirilmiş miyokard enfarktüsü (hastanede uzun süreli yatırılma ile tedavi

edilen kalp krizi), by-pass ameliyatı, kalp damarlarını genişletmek amacıyla balon anjioplasti yapılması; ayrıca 12 derivasyonlu EKG’nin değerlendirilmesi sonucunda EKG’de iskemi bulgularının varlığı KKH olarak değerlendirilmiştir. EKG’de iskemi bulgularının tanımlanmasında Minnesota EKG kodu kullanılmıştır<sup>16</sup>. Anjina pektoris tanısı için toplumsal çalışmalarda kullanılmak üzere G. Rose tarafından geliştirilmiş olan ve 7 sorudan oluşan Rose anketi kullanılmıştır<sup>17</sup>.

Bağımsız değişkenler şu şekilde değerlendirilmiştir:

**Yaş:** Anket sırasında doğum tarihi öğrenilmiştir.

**Öğrenim durumu:** Araştırmaya katılanların okuryazar değil, okuryazar, ilkökul, ortaokul, lise, yüksekokul mezunu gruplarından hangisine girdiği belirlenmiş; analizlerde 1. İlkokul ve altı, 2. Ortaokul ve üzeri olarak iki gruba ayrılmıştır.

**Medeni durum:** Evli, dul, bekar, boşanmış olup olmadığı sorulmuş; analizlerde 1. Bekar veya dul, 2. Evli olmak üzere iki grup oluşturulmuştur.

**Diyabet öyküsü:** “Doktor tarafından tanı konulmuş şeker hastalığınız var mı?” sorusuna kişilerin verdikleri cevaba göre şeker hastalığı var veya yok olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

**Ailede koroner kalp hastalığı öyküsü:** Birinci derece kadın akrabalarda (anne veya kız kardeş) 65 yaştan önce; birinci derece erkek akrabalarda (baba veya erkek kardeş) 55 yaştan önce miyokard infarktüsü geçirme, ani ölüm, bypass ameliyatı veya kalp damarlarını genişletmek amacıyla balon anjioplasti yapılması öyküsü, “aile öyküsü var” olarak kabul edilmiştir<sup>18</sup>.

**Sigara kullanımı:** Araştırma sırasında sigara kullanma durumları ve geçmişte sigara içme ve bırakma öyküleri (süresi, sıklığı, miktarı) sorgulanmıştır. Hiç kullanmayanlar, kullanıp bırakanlar ve araştırma yapıldığı anda kullananlar belirlenerek analizlerde 1. İçmiş veya içiyor, 2. Hiç içmemiş olarak iki grupta incelenmişlerdir.

**Spor yapma durumu:** 10 çeşit spor aktivitesinden oluşan liste hazırlanarak, kişilere bunlardan en az birini yapıp yapmadıkları, yapıyorlarsa sıklığı ve süresi öğrenilmiştir<sup>19</sup>.

**Beden kütle indeksi (BKİ):** Beden kütle indeksi ağırlık(kg)/ boy(m)<sup>2</sup> formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bunun için kişilerin ağırlık ve boy ölçümleri yapılmıştır. Erkek ve kadınlar için aynı kriter kullanılarak BKİ 30.0 ve üzeri olanlar obez olarak değerlendirilmiştir<sup>20</sup>.

**Kan basıncı:** Kişi 5 dakika dinlendikten sonra tansiyon aleti ile iki kez sağ koldan kan basıncı ölçülmüş, sistolik ve diyastolik kan basınçları bu iki ölçümün ortalaması alınarak belirlenmiştir. Sistolik kan basıncının 140 mm/Hg ve üzeri ya da diyastolik kan basıncının 90 mm/Hg ve üzeri olması hipertansiyon olarak kabul edilmiştir. Ayrıca antihipertansif ilaç kullananlar da "hipertansiyon var" olarak alınmışlardır.

**Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (YDL):** Kan YDL düzeyi 34mg/dl ve altında olanlar düşük, 35mg/dl ve üzeri olanlar ise normal olarak kabul edilmiştir<sup>21,22</sup>.

**Düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (DDL):** Total kolesterol-(YDL+Trigliserit/5) formülüyle hesaplanarak; DDL düzeyi 130 mg/dl ve üzeri olanlar yüksek, 129 mg/dl ve altı olanlar normal olarak değerlendirilmiştir<sup>21</sup>.

**Total kolesterol:** Kan kolesterol düzeyi 200 mg/dl ve üzeri olanlar yüksek, 199 mg/dl ve altı normal kabul edilmiştir<sup>21</sup>.

**Trigliserit:** Trigliserit düzeyi 200 mg/dl ve üzeri yüksek, 199 mg/dl ve altı ise normal olarak değerlendirilmiştir<sup>21,22</sup>.

### **Veri Toplama Yöntemi**

İlk araştırmada (1997) örnek seçiminde tabakalı ve küme örnekleme yöntemi birlikte kullanılmıştır. Gerekli olan örneklem büyüklüğü 7 ebe bölgesinin nüfusuna göre tabakalanarak her ebe bölgesinden alınması gereken kişi sayısı belirlenmiştir. Sağlık Ocağının kayıtlarından Ev Halkı Tespit Fişi (Form 001) kullanılarak sokaklar ve o sokaklarda yaşayan 30 yaş

üzeri nüfuslar saptanmıştır. Her ebe bölgesinin sokakları listelenerek kura yöntemiyle bir veya iki sokak seçilmiştir<sup>15</sup>. Bu araştırmada (2002) ise beş yıl önceki kayıtlara dayalı olarak hazırlanan, kişilerin yaşı, cinsiyeti, ev adresi ve telefon numaralarını içeren listeye göre kişilerin evlerine gidilmiştir. İlk ziyarette evde bulunan araştırma grubuna dahil kişilere beş yıl önceki çalışma hatırlatılıp, araştırmacının kendisi tarafından yüzyüze görüşülerek evde anket doldurulmuştur. İlk ziyarette ulaşılamayan kişilerin yakınlarına not bırakılmış ve gerekirse akşam telefonla evinden aranarak araştırma hakkında bilgi verilip daha sonra evlerine tekrar gidilmiş ve aynı yöntemle görüşülmüştür. Göç eden kişilerden İzmir ili içinde yeni adresi bulunabilenlere ulaşılmıştır. Geçici olarak evinde bulunmayan kişilere daha sonra tekrar gidilmiştir.

Sözel izin alınarak anket yapıldıktan sonra görüşülen kişiler EKG çekimleri için Güzelbahçe Sağlık Ocağı'na çağırılmış ve araştırmacı tarafından EKG çekimleri yapılmıştır.

Ev ziyaretlerinden ve Ev Halkı Tespit Fişlerinden ölenler saptanıp yakınlarından ve sağlık ocağı kayıtlarından ölen kişilerin ne zaman, neden ve nerede öldüğünün bulunulmasına çalışılmıştır. Bu amaçla sağlık ocağında, ölüm defteri, belediyeden gelen ölüm istatistik fişleri ve sağlık müdürlüğünden gelen ölüm fişi geri bildirim listeleri incelenmiştir. Aynı zamanda Güzelbahçe Belediyesi'ne gidilerek ölüm tutanak dosyalarından defin ruhsatları ve ölüm raporları araştırılmıştır. Ölenlerin yakınlarından detaylı bilgi alınarak sözel otopsi yapılmış; miyokard infarktüsü semptomlarını düşündürür bir öykü sonucu iki hafta içerisinde oluşan veya ani ölüm olarak tanımlanan, semptom başlangıcından itibaren 24 saat içinde gelişen ölümler koroner kalp hastalığından dolayı ölümler olarak değerlendirilmiştir.

### **İstatistiksel analiz**

Araştırma grubunda KKH insidansı incelenirken, ölümlerin KKH nedeniyle olup olmadığı belirlenerek ölenler ve görüşülenler birlikte değerlendirilmiştir. KKH ile cinsiyet arasındaki ilişki Ki-kare

analizi ile incelenmiştir. Araştırma grubunda 5 yıllık KKH insidansının onarlı yaş gruplarına göre değişimi EĞimde Ki-kare analizi ile incelenmiştir. Araştırma grubunun 5 yıl önceki sosyo-demografik özellikleri ve risk faktörleri ile KKH insidansı arasındaki ilişkisini belirlemede cinsiyete göre düzeltme yapılarak Mantel-Haenszel analizi uygulanmıştır. Analizlerde SPSS 11.0 for Windows istatistik paket programı kullanılmıştır.

### Bulgular

İlk araştırmada KKH tanısı almamış olan ve görüşülen/ölen kişiler üzerinden değerlendirme yapılmış ve KKH beş yıllık

insidansı %5.2 (güven aralığı (GA): 3.1–8.5) bulunmuştur. KKH insidansı, erkeklerde %11.7 (GA: 6.7–19.7), kadınlarda ise %1.7 (GA: 0.6–4.9)'dir (Tablo 1). Araştırmaya katılan erkeklerle kadınlar arasında, KKH insidansı açısından çok anlamlı bir fark vardır ( $p=0.001$ , rölatif risk (RR): 6.787 ve %95 güven aralığı (GA):1.941–23.730). Her iki cinsiyette de 60 yaş ve üzeri grupta KKH insidansı daha yüksektir. 30–59 yaş arası grupta KKH insidansı erkeklerde %9.9, kadınlarda %0.7'dir ve erkeklerle kadınlar arasında KKH insidansı açısından çok anlamlı fark vardır ( $P=0.002$ ). Araştırmaya katılanlarda yaş arttıkça KKH insidansı da anlamlı olarak artmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma grubunda cinsiyete ve yaş gruplarına göre koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı.

Özellikler	Gruplar	n	KKH		P	RR (%95 GA)
			Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	94	11	11.7	0.001*	6.787 (1.941–23.730)
	Kadın	174	3	1.7		
Yaş Grupları	30–39	65	1	1.5	0.048**	1.000***
	40–49	72	3	4.2		
	50–59	82	4	4.9		
	60 ve üzeri	58	6	10.3		

\*:Fisher'in kesin testi, \*\*: EĞimde ki kare=3.925, \*\*\*: 30–59 yaş grubu birleştirilmiştir. HKK: Koroner kalp hastalığı, RR: Rölatif risk, GA: Güven aralığı.

Öğrenim durumu ve medeni durumla KKH insidansı arasında anlamlı bir ilişki görülmemekle beraber evlilerde, ortaokul ve üzeri eğitim almış olanlarda KKH insidansı daha yüksektir (Tablo 2). Araştırma grubunda, 1997 yılında şeker hastalığı %9.3, ailede KKH öyküsü bulunma %23.6, sigara içmiş–içiyor olma %47.8, obezite %31.9, hipertansiyon %48.7 oranlarında

görülmüştür. Araştırma grubunda şeker hastalarında, ailede KKH öyküsü olanlarda, sigara kullananlarda, total kolesterol ve trigliserid değerleri yüksek bulunanlarda KKH insidansı daha yüksek bulunmuştur. Ancak cinsiyet karıştırıcı etken olarak değerlendirilerek yapılan analizlerde, sadece trigliserit yüksekliği ile KKH insidansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).



Tablo 2. Araştırma grubunda sosyo-demografik özelliklere göre koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı.

Sosyo-demografik özellikler	Gruplar	n	KHK		P*	RR (%95 GA)
			Sayı	%		
Öğrenim durumu	İlkokul ve altı	196	10	5.1	0.968	1.000
	Ortaokul ve üzeri	72	4	5.6		1.089 (0.353-3.363)
Medeni durum	Evli	227	13	5.7	0.929	2.348 (0.316-17.464)
	Dul - bekar	41	1	2.4		1.000

\*: Mantel-Haenszel Ki-kare Analizi (cinsiyete göre düzeltilmiş), HKK:Koroner Kal Hastalığı, RR:Rölatif Risk, GA: Güven Aralığı.

Tablo 3. Koroner kalp hastalığı risk faktörlerine göre koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı.

Risk Faktörleri	Gruplar	n	KKH		P*	RR (%95 GA)
			Sayı	%		
Şeker hastalığı öyküsü	Var	24	2	8.3	0.856	1.694 (0.403-7.131)
	Yok	244	12	4.9		1.000
Hipertansiyon	Var	129	4	3.1	0.972	1.000
	Yok	139	10	7.2		2.391 (0.769-7.434)
Aile öyküsü	Var	56	3	5.4	0.856	1.032 (0.298-3.576)
	Yok	212	11	5.2		1.000
Beden kütle indeksi	Obez	79	1	1.3	0.321	1.000
	Normal	173	12	6.9		5.480 (0.725-41.414)
Sigara	İçmiş-içiyor	123	8	6.5	0.851	1.572 (0.561-4.407)
	Hiç içmemiş	145	6	4.1		1.000
Spor yapma	Yapmıyor	196	8	4.1	0.738	1.000
	Yapıyor	72	6	8.3		2.042 (0.734-5.682)
YDL kolesterol	Düşük	201	10	5.0	0.547	1.000
	Normal	34	3	8.8		1.774 (0.514-6.116)
DDL kolesterol	Yüksek	44	2	4.5	0.773	1.000
	Normal	190	11	5.8		1.274 (0.293-5.542)
Total kolesterol	Yüksek	26	2	7.7	0.791	1.462 (0.343-6.234)
	Normal	209	11	5.3		1.000
Trigliserit	Yüksek	3	1	33.3	0.018	6.417 (1.181-34.861)
	Normal	231	12	5.2		1.000

\*:Mantel-Haenszel Ki-kare Analizi (cinsiyete göre düzeltilmiş). RR: Rölatif Risk, KKH: koroner Kalp Hastalığı; GA: Güven Aralığı; YDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein; DDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein.

## Tartışma

Araştırma grubunda beş yıllık KKH insidansı değerlendirilmiştir. Beş yıllık KKH insidansı araştırma grubunda %5.2; erkeklerde %11.7, kadınlarda %1.7 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Her iki cinsiyette de 60 yaş ve üzeri grupta KKH insidansı daha yüksektir. 30-59 yaş arası grupta KKH insidansı erkeklerde %9.9, kadınlarda %0.7'dir ve erkeklerle kadınlar arasında KKH insidansı açısından anlamlı fark vardır ( $P=0.002$ ). Yunanistan'ın Attica bölgesinde 18 yaş ve üzeri 3042 kişinin beş yıl (2001-2006) izlendiği ATTICA çalışmasında ise beş yıllık KKH insidansı erkeklerde %11.0, kadınlarda %6.1 bulunmuştur.<sup>23</sup> Bu çalışmada kadınlarda beş yıllık KKH insidansı yapmış olduğumuz araştırmaya göre daha yüksek görülmesine rağmen, benzer olarak erkeklerle kadınlar arasında KKH insidansı açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ( $P<0.001$ ).

Araştırmaya katılanlarda yaş arttıkça KKH insidansı da anlamlı olarak artmaktadır (Tablo 1). Bu çalışmada kişiler beş yıl boyunca gözlenmediği için, her yıl için insidans hızı hesaplanamamıştır. Fransa ve Kuzey İrlanda'da 50-59 yaş grubu 10600 erkek beş yıl boyunca gözlenmiş; yıllık insidans hızı Fransa'da 5.5/1000, Kuzey İrlanda'da 10.5/1000 olarak saptanmıştır<sup>24</sup>. Aynı çalışmada, KKH riskini en çok artıran risk faktörü ailede KKH öyküsü bulunmuştur. Aile öyküsü olanlarda olmayanlara göre KKH riski 1.93 kat ( $GA:1.25-3.00$ ) fazla bulunmuştur<sup>25</sup>. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, 16-74 yaş arası 295584 kişi takip edilmiş; yıllık insidans erkeklerde 414/100000, kadınlarda 147/100000 bulunmuştur. İnsidans her iki cinste yaşlı grupta daha yüksek saptanmış ve her yaş grubunda erkeklerde insidans daha yüksek görülmüştür<sup>26</sup>. Afrika asıllı Amerikalılarda (60 yaş üstü) yapılan bir çalışmada ise yıllık insidans hızı 26.6/1000 bulunmuştur<sup>27</sup>. Bu çalışmalardaki katılımcıların yaş aralığı gibi sosyo-demografik özelliklerinin birbirinden farklı olması insidans hızlarındaki farklı sonuçları ortaya çıkarabilmektedir.

Öğrenim durumu ve medeni durumla KKH insidansı arasında anlamlı bir ilişki görülmemekle beraber evli, ortaokul ve üzeri eğitim almış olanlarda KKH insidansı daha fazladır (Tablo 2).

Araştırma grubunda şeker hastalığı, ailede KKH öyküsü olanlarda, sigara kullananlarda, total kolesterol ve trigliserit değerleri yüksek olanlarda KKH insidansı daha yüksek bulunmuştur. Risk faktörlerinden, trigliserit yüksekliği ile KKH insidansı arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $P=0.018$ ,  $RR:6.417$  ve  $GA:1.181-34.861$ ) (Tablo 3). Kanada'da yapılan bir çalışmada, 42-60 yaş arası 869 erkekte 10 yıllık KKH insidansı %9.0 bulunmuştur. Aynı çalışmada 50 yaş üstünde ( $RR:1.93$ ), hipertansif ( $RR:1.90$ ), kan trigliserit düzeyi yüksek ( $RR:1.87$ ) ve YDL kolesterolü düşük olanlarda ( $RR:1.64$ ) KKH insidansı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Sigara kullanımı ve obeziteyle KKH insidansı arasında ise anlamlı bir ilişki görülmemiştir<sup>28</sup>. Bu çalışmanın bazı sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları uyumlu olsa da, katılımcıların yaş aralığının birbirinden farklı olması gibi bazı etmenler dikkate alınmalıdır.

KKH insidansı ile risk faktörleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, beklenenin aksine hipertansiyonu olmayan, spor yapan ve obez olmayan, DDL ve YDL kolesterolü normal bulunanlarda riskli olanlara göre KKH insidansı istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile daha yüksek oranlarda saptanmıştır (Tablo 3). Ancak sonuçlar yorumlanırken, araştırma grubunun düşük insidansı olan bir hastalığın risk faktörlerini incelemek için görece küçük olması ve izlem süresinin 5 yıl gibi görece kısa bir dönemi içermesi göz önünde bulundurulmalıdır. Framingham Kalp Çalışması'nda 20-79 yaş grubunda yirmi yıl boyunca izlenen 3060 erkek ve 3479 kadında, 50 yaş altında diyastolik kan basıncı yüksekliği KKH için en güçlü risk faktörü olarak bulunmuştur. Diyastolik kan basıncında 10 mmHg artış KKH'da 1.34 kat artışa neden olmaktadır.<sup>29</sup> Araştırmamızda insidansla KKH risk faktörleri arasındaki

ilişki değerlendirilirken risk faktörlerinin beş sene önceki durumu kullanılmıştır. Yeni KKH olgularında beş sene içinde hipertansiyon gelişmiş olabileceği düşünülmelidir. İsveç'te yapılan bir çalışmada, şeker hastalığı bulunan ve ayrıca antihipertansif ilaç kullananlarda sistolik kan basıncı değerleriyle KKH riski arasındaki ilişki değerlendirilmiş; sistolik kan basıncı 110-129 mmHg olanlarda bu değerlerin düşürülmesinin KKH riskini arttırdığı bulunmuştur<sup>30</sup>.

Güzelbahçe ilçesinde yapmış olduğumuz çalışmada, insidans için oluşturulan yeni grupta hipertansiyonu olmayanların düzenli sağlık kontrolüne gitmemeleri ve diğer risk faktörleri açısından bir sağlık kurumu tarafından değerlendirilememeleri nedeniyle böyle bir sonuç ortaya çıkmış olabilir. Ayrıca araştırma boyunca gruptaki risk faktörleri değişiminin gözlenememesi de buna neden olabilmektedir. Spor yapan ve obez olmayanlarda KKH insidansı risk taşımayanlara göre daha yüksek oranlarda görülmüştür. Yapılan son araştırmalar göstermiştir ki KKH riskini en aza indirmek için optimal BKİ 22.5 kg/m<sup>2</sup> 'nin altında olmalıdır<sup>31</sup>. Bu kişilerinde diğer risk faktörleri açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Aynı şekilde DDL ve YDL kolesterolün süreç içindeki değişiminin belirlenememesi DDL ve YDL kolesterolü normal olanlarda KKH insidansının fazla görülmesini açıklayabilmektedir. Trigliseritlerle KKH riski arasındaki ilişkinin çok değişkenli analizlerle değerlendirildiği bir çalışmada, trigliseritlerin YDL'den bağımsız olarak KKH gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir<sup>32</sup>. Ayrıca beş sene önceki çalışmada lipid analizlerinin tüm gruba yapılamamış olması nedeniyle KKH insidansı ile olan ilişkisinde sadece lipid analizi yapılan kişiler değerlendirilmiştir. İnsidans açısından değerlendirilen tüm grubun lipid analizi sonuçları bilinseydi farklı bir sonucun ortaya çıkabileceği aklı gelmelidir.

#### **Çalışmanın kısıtlılıkları ve güçlü yönleri:**

Araştırma başlangıcında ulaşılması hedeflenen 315 kişiden 47'sine (%14.9) göç nedeniyle ulaşamamıştır; ancak

görüşülenlerle göç edenler arasında ilk çalışmada belirlenmiş olan risk faktörleri açısından fark olup olmadığı analiz edildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İlk araştırma örneğindeki kişilerden ulaşılanlar, KKH tanısı için öykü ve EKG ile değerlendirilmiş; yeni KKH olguları yani insidans, beş yıl sonra yapılan çalışmayla belirlenmiştir. Bir kohort araştırmasında kişilerin süreç içinde sık aralarla hastalık açısından izlenmesi yeni olguların saptanması için daha uygun bir yöntemdir. Ancak bu çalışmada olanaksızlıklar nedeniyle sık izlem yapılamamış, KKH insidansı 5 yılsonunda yapılan görüşmeler, fizik muayene ve kayıtların gözden geçirilmesi ile saptanmıştır. Risk faktörleri ile KKH insidansı arasında anlamlı ilişki belirlenememesi, çalışmanın gücünün düşük olmasından, dolayısıyla bu ilişkileri belirleyecek sayıda örnek ile çalışılmamasından kaynaklanabilir; sonuçlar üzerinden yapılan güç analizinde, beden kütle indeksi dışında, bağımsız değişkenlerin etkisini ortaya koymak açısından gücün yeterli olmadığı belirlenmiştir. Örnek büyüklüğünün kısıtlı olması nedeniyle karıştırıcı değişkenlerden sadece cinsiyet kontrol edilmiş, çok değişkenli analizler kullanılmamıştır. Türkiye'de KKH insidansı ile ilgili yapılan araştırmaların azlığı nedeniyle, bu kısıtlılıklarına rağmen araştırma önemlidir.

Şeker hastalığı tanısı için ölçüm yapılmamış olmasının veya hipertansiyon ve kan yağları analizlerinin tek ölçümle değerlendirilmesinin yanıltıcı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak, Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 30 yaş ve üzeri grupta 5 yıllık KKH insidansı %5,2'dir. Erkeklerde %11.7, kadınlarda %1.7 bulunan insidans göstermektedir ki erkekler için KKH daha önemli bir sağlık sorunudur. KKH insidansı yaşla birlikte artmakta ve yaşlı sağlığı açısından dikkat edilmesi gereken kronik hastalıklardan birisi olmaktadır. Risk faktörleri arasında trigliserit düzeyinin önemli olduğu, trigliserit düzeyi yüksek olanlarda KKH insidansının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir.



Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KKH için de, yaşlı nüfusun ve risk faktörlerinin artması kontrol amaçlı girişimleri önemli kılmaktadır. Birçok ülkede yapılan toplum tabanlı çalışmalar sayesinde risk faktörleri azaltılarak KKH yüksek oranda engellenmiştir.

KKH'ya neden olan risk faktörlerinin kontrolünde toplumun bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Lipid profilini normal sınırlar içinde tutmak için beslenme eğitimine önem verilmeli, sağlıksız diyet alışkanlığının önüne geçilmelidir.

### Kaynaklar

1. McGovern PG, Pankow JS, Shahar E et al. Recent trends in acute coronary heart disease-mortality, morbidity, medical care, and risk factors. *N Engl J Med* 1996;334(14):884-90.
2. Capewell S, Ford ES, Croft JB, Critchley JA, Greenlund KJ, Labarthe DR. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. *Bull World Health Organ* 2010;88(2):120-30.
3. Capewell S, Hayes DK, Ford ES et al. Life-years gained among US adults from modern treatments and changes in the prevalence of coronary heart disease risk factors between 1980 and 2000. *Am J Epidemiol* 2009;170(2):229-36.
4. Last MR. Public health and preventive medicine. 13<sup>rd</sup> ed. Practice Hall International Inc USA; 1996. p.827-40.
5. Akinkugbe OO. Epidemiology of cardiovascular disease in developing countries. *J Hypertension Suppl* 1990;8(7):233-8.
6. Bonita R, Beaglehole R. Cardiovascular disease epidemiology in developing countries: ethics and etiquette. *Lancet* 1994;344(8937):1586-7.
7. Dodu SR. Emergence of cardiovascular diseases in developing countries. *Cardiology* 1988;75(1):56-64.
8. Onat A, Dönmez K, Keleş İ et al. [Prevalance, recent trend and risk for coronary death of smoking among Turkish men and women: 5-year follow-up data of cohort] *Türk Kardiyol Dern Arş* 1996; 24(4): 243-50.
9. Onat A. [On the pathophysiology of excess coronary morbidity and mortality among Turks: Implications for detection and prevention] *Türk Kardiyol Dern Arş* 2001;29(10):602-9.
10. Onat A, Uysal Ö, Sansoy V et al. [Investigations total cholesterol in men, cholesterol ratio in women best markers of coronary disease in Turkish adults: 8-year trends of lipids show hypertriglyceridemia rising among men] *Türk Kardiyol Dern Arş* 1999;27(4):201-8.
11. Onat A, Yıldırım B, Çetinkaya A et al. [Indices of obesity and central obesity in Turkish adults: Distinet rise in obesity in 1990-98 more pronounced among men] *Türk Kardiyol Dern Arş* 1999;27(4):209-17.
12. Onat A, Şurdum Avcı G, Şenocak M et al. [Survey on prevalence of cardiac disease and its risk factors in adults in Turkey: 3. Prevalence of heart diseases] *Türk Kardiyol Dern Arş* 1991;19(1):26-33.
13. Onat A, Albayrak S, Karabulut A et al. [Mortality and coronary events in the Turkish adult risk factor survey 2006: Mortality is declining in women whereas overall prevalence of coronary heart disease] *Türk Kardiyol Dern Arş* 2007;35(3):149-53.
14. Onat A, Uğur M, Çiçek G et al. [The Turkish adult risk factor survey 2009: similar cardiovascular mortality in rural and urban areas] *Türk Kardiyol Dern Arş* 2010;38(3):159-63.
15. Aslan B, Musal B, Kırkalı G, Uçku Ş. [Prevalence of cardiovascular disease risk factors in adults in Guzelbahce] *Ege Tıp Dergisi* 1999;38(3):163-6.
16. Prineas RJ, Crow RS, Blackburn H. The Minnesota Code Manual of Electrocardiographic Findings. Boston: John Wright&PSG Inc; 1982.
17. Rose G, McCartney P, Reid DD. Self-administration of a questionnaire on

- chest pain and intermittent claudication. *Br J Prev Soc Med* 1977;31(1):42-8.
18. Myers RH, Kiely DK, Cupples LA, Kannel WB. Parental history is an independent risk factor for coronary heart disease: The Framingham Study. *Am Heart J* 1990;120(4):963-9.
19. Anderssen N, Jacobs DR Jr, Sidney S et al. Change and secular trends in physical activity patterns in young adults: A seven year longitudinal follow-up in the coronary artery risk development in young adults study (CARDIA). *Am J Epidemiol* 1996;143(4):351-62.
20. WHO. Physical status: The use and interpretation of anthropometry: Report of a WHO expert committee. Technical Report Series No. 854. Geneva: World Health Organization; 1995.
21. Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. The Expert Panel. *Arch Intern Med* 1988;148(1):36-69.
22. NIH Consensus Conference, Triglyceride, high-density lipoprotein, and coronary heart disease. NIH Consensus Development Panel on Triglyceride, High-Density Lipoprotein and Coronary Heart Disease. *JAMA* 1993;269(4):505-10.
23. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Stefanadis C. Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a Greek sample: The ATTICA Study. *Hellenic J Cardiol* 2009;50(5):388-95.
24. Ducimetière P, Ruidavets JB, Montaye M, Haas B, Yarnell J. Five year incidence of angina pectoris and other forms of coronary heart disease in healthy men aged 50-59 in France and Northern Ireland: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME) Study. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1057-62.
25. Yarnell J, Yu S, Patterson C et al. Family history, longevity and risk of coronary heart disease: the PRIME Study. *Int J Epidemiol* 2003;32(1):71-7.
26. Sutcliffe SJ, Fox KF, Wood DA et al. Incidence of coronary heart disease in a health authority in London: Review of a community register. *BMJ* 2003;326(7379):20.
27. Jackson SA, Burke GL, Thach C et al. Incidence and predictors of coronary heart disease among older African Americans-the Cardiovascular Health Study. *J Natl Med Assoc* 2001;93(11):423-9.
28. Moore L, Meyer F, Perusse M et al. Psychological stress and incidence of ischaemic heart disease. *Int J Epidemiol* 1999;28(4):652-8.
29. Franklin SS, Larson MG, Khan SA et al. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with ageing. The Framingham Heart Study. *Circulation* 2001;103(9):1245-49.
30. Cederholm J, Gudbjörnsdóttir S, Eliasson B et al. Systolic blood pressure and risk of cardiovascular diseases in type 2 diabetes: an observational study from the Swedish national diabetes register. *J Hypertension* 2010;28(10):2026-35.
31. Williams PT, Hoffman KM. Optimal body weight for the prevention of coronary heart disease in normal-weight physically active men. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(7):1428-34.
32. Morrison A, Hokanson JE. The independent relationship between triglycerides and coronary heart disease. *Vasc Health Risk Manag* 2009;5(1):89-95.

# Prevalence of depression among Turkish University Students and related factors

Osman Gunay<sup>a</sup>, Fatma Akpınar<sup>b</sup>, Serpil Poyrazoğlu<sup>c</sup>, Hacı Aslaner<sup>d</sup>

## Abstract

**Objective:** This investigation was performed to determine the prevalence rate of depression and its correlates in students at Erciyes University. **Method:** A total of 1003 university students at the Medical, Theology and Engineering Faculties of Erciyes University in Kayseri, Turkey were included in the study. A socio-demographic questionnaire and a Beck Depression Inventory were completed by the students. An unpaired t test, a one way ANOVA test and a logistic regression analysis were used for the statistical analyses. **Results:** Total numbers of male and female students in the study group were similar and the mean age was 20.3±1.8. The mean Beck Depression Inventory Beck Depression Inventory score was 11.3±8.6 points and prevalence rate of depression (Beck Depression Inventory ≥17) was 21.2%. The Mean Beck Depression Inventory score and depression prevalence were found higher among the students who had a physical illness, who were not satisfied with their body image or their faculty and who rated the economic level of their families as poor. **Conclusion:** It was concluded that approximately one-fifth of the students had depression. For the students, studying in a faculty which they are not satisfied is a major factor affecting depression. A better leadership should be provided for the students during the faculty selection procedure.

**Key Words:** University student, depression, Beck Depression Inventory

## Üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde depresyon prevalansını ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Erciyes Üniversitesinin Tıp, İlahiyat ve Mühendislik fakültelerinde okuyan toplam 1003 öğrenci araştırma kapsamına alındı. Öğrencilere sosyo-demografik anket ve Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde unpaired t testi, tek yönlü ANOVA testi ve logistik regresyon analizi uygulandı. **Bulgular:** Araştırma grubundaki erkek ve kız öğrenci sayıları birbirine yakındı ve yaş ortalaması 20.3±1.8 olarak

<sup>a</sup>MD, Prof. Erciyes University Medical Faculty Department of Public Health, Kayseri - Turkey

<sup>b</sup>MD, Erciyes University Medical Faculty Department of Public Health, Kayseri - Turkey

<sup>c</sup>MD, Talas Community Health Center, Kayseri - Turkey

<sup>d</sup>MD, Erciyes University Medical Faculty Department Internal Medicine, Kayseri - Turkey

**Corresponding Author: Osman Gunay**, Erciyes University Medical Faculty Department of Public Health, Kayseri - Turkey. Pbx: +90 0352 4374937 / 23728, E mail: gunayos@erciyes.edu.tr

This study was presented at the 3<sup>rd</sup> European Public Health Conference. 10 - 13 November 2010, Amsterdam-The Netherlands.

belirlendi. Ortalama BDÖ puanı  $11.3 \pm 8.6$  ve depresyon prevalansı (Beck Depresyon Ölçeği puanı  $\geq 17$ ) % 21.2 bulundu. Fiziksel hastalığı olanlarda, beden görünümünden memnun olmayanlarda, okuduğu fakülteden memnun olmayanlarda ve ailesinin ekonomik durumunu kötü olarak belirtenlerde ortalama Beck Depresyon Ölçeği puanı ve depresyon prevalansı daha yüksek bulundu. **Sonuç:** Öğrencilerin yaklaşık beşte birinde depresyon vardır. Öğrencilerin, hoşlanmadığı bir fakültede okumaları depresyon sıklığını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Fakülte seçimi sırasında öğrencilere daha iyi rehberlik hizmeti sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Üniversite öğrencisi, depresyon, Beck Depresyon Ölçeği

## Introduction

Depression is one of the most important public health issues worldwide. In the European Region, unipolar depression is responsible for 5.6% of the total burden of disease and an increase in this proportion is expected in the near future.<sup>1</sup> In Turkey, the proportion of unipolar depression within the total burden of disease has been reported as 3.9%, with 2.6% in males and 5.4% in females.<sup>2</sup>

Apart from the general aspects of youth, the university students, most of them aged between 18–24, are more prone to emotional problems due to factors such as being separated from family, having a new social environment, economical problems and the pressure of lessons and exams in general.<sup>3</sup> The prevalence rate of depression was found to be between 19.0 and 31.8% in different earlier studies of Turkish university students.<sup>4–6</sup>

The Beck Depression Inventory (BDI) is one of the most popular scales for both population-based and clinical studies and has been used since 1960's.<sup>7</sup> A Turkish version of the BDI was validated by Hisli.<sup>8</sup> The BDI includes 21 questions, all of which are scored between 0–3. The scores of each of the questions are summed up to obtain a total score between 0–63 points. The total BDI score is assessed as follows: scores between 0–9, normal; 10–16, mild depression; 17–22, moderate depression and 23 and above, severe depression.<sup>8</sup> It has been established that, when the cut-off point is accepted as 17, the scale can correctly determine depression cases up to 90%.<sup>8</sup>

This study was performed with the aim of establishing depression prevalence among students from different faculties of Erciyes University, and to investigate the effect of socio-demographic and health-related factors on the prevalence rate of depression.

## Method

There were 16 faculties at Erciyes University. Medical, Theology and Engineering faculties were selected for this study because the students of these faculties have distinct characteristics. Ethical approval for the study was obtained from the Ethical Committee of Erciyes University Medical Faculty, and administrative permission from the Deans of the Medical, Engineering and Theology Faculties.

The students from the first three years of the Medical, Theology and Engineering Faculties of Erciyes University, were planned for inclusion in the study. It was determined that the numbers of students in the 2009–2010 academic year, in the first three years of the Medical, Theology and Engineering Faculties were 650, 231 and 1688 respectively. All students from the Medical and Theology Faculties were planned for inclusion in the study. In order to include a similar number of students from the Engineering Faculty, three of the nine divisions of the engineering faculty were chosen randomly and 501 students from these divisions were planned for inclusion in the study. A total of 15 students who were

registered in a program but did not attend were excluded. Finally, a total of 1367 students were assigned for inclusion in the study.

The classes included in the study were visited by the investigators. A questionnaire including 26 questions about the socio-demographic and educational characteristics and the health conditions of the students were distributed to the students as well as a Turkish version of the Beck Depression Inventory (BDI). The questionnaires were filled in by the students under the supervision of the investigators. The students were informed about the study before the questionnaires were distributed, and verbal consent was taken. The students were asked not to write their names. All of the students in the classes accepted participation in the study. Those that were not present during the visit were excluded. The questionnaire was applied to 1015 students out of the 1367 students who were planned for inclusion. Twelve questionnaires were excluded due to incompleteness. A total of 1003 students were thus included. Of the group originally assigned for the study, 73.4% were included in the study. The economic level of the families were classified into five categories according to the students' statements as "very good, good, medium, poor and very poor". As the students in the very good and very poor categories were few, the "very good and good" and "very poor and poor" categories were combined as "good" and "poor" respectively during the statistical analyses.

The body mass index (BMI) was calculated as kg/m<sup>2</sup> from the reported weight and height values. BMI values below 18.5 were accepted as "thin", between 18.9-24.9 "normal", between 25-29.9 as "overweight", and 30 and above as "obese".

The answers given to the questions in the BDI were evaluated according to the instructions and scores between 0-63 were obtained. BDI scores between 0-16 points were accepted as "normal", and 17 and above points as "depression".

The results were evaluated with the SPSS 13.0 program on a computer. The mean values were shown together with the standard deviations. Pearson's chi square test was used for the categorical data, and the unpaired t test and one way ANOVA test (post hoc Scheffe test) were used for the numerical data. Logistic regression analysis was used for the evaluation of the impact of different factors upon depression prevalence.  $p < 0.05$  values were accepted as statistically significant.

## **Results**

In the study group, the numbers of male and female students were similar. Almost two thirds of the students were above 20 years of age, with a mean of  $20.3 \pm 1.8$ .

The mean BDI score of the students was found to be  $11.3 \pm 8.6$ . The total BDI score was above 17 in 21.2% of the study group. The mean BDI scores of the students according to different socioeconomic characteristics, and the depression rates established according to these scores are given in Table 1.

As seen in Table 1, there was no significant difference regarding the mean BDI scores and depression prevalence between male and female students and between the age groups.

BDI scores and prevalence rates of depression in students who reported the economic level of their families as poor were higher than those of students who reported the economic level of their families as good or medium ( $p < 0.001$ ).

The living arrangement of the students and residence of the families had no significant effect on the BDI scores, nor on the depression rates.

The BDI scores and depression rates of the students in the study group according to their school-related characteristics are given in Table 2.

Table 1. Mean BDI scores and depression prevalences according to some socio-demographic characteristics

Characteristics	Groups	n	Total BDI Score				Mean ± SD
			0 - 16		17 +		
			Number	%	Number	%	
Gender	Male	507	397	78.3	110	21.7	11.5 ± 9.2
	Female	496	393	79.2	103	20.8	11.1 ± 8.0
	Statistical comparison		$\chi^2 = 0.130, p = 0.719$				t = 0.71, p = 0.480
Age groups	<20	322	248	77.0	74	23.0	12.0 ± 9.4
	20 and above	681	542	79.7	139	20.3	11.0 ± 8.2
	Statistical comparison		$\chi^2 = 0.972, p = 0.324$				t = 1.73, p = 0.085
Economic level of the family	Good	414	341	82.4	73	17.6	10.4 ± 8.4 <sup>a</sup>
	Medium	553	427	77.2	126	22.8	11.6 ± 8.4 <sup>a</sup>
	Poor	36	22	61.1	14	38.9	16.0 ± 12.2 <sup>b</sup>
Statistical comparison		$\chi^2 = 10.713, p = 0.005$				F = 7.96, p < 0.001	
Family residence	Urban	640	502	78.4	138	21.6	11.00 ± 8.0
	Semi - urban	258	203	78.7	55	21.3	11.9 ± 9.6
	Rural	105	85	81.0	20	19.0	11.7 ± 9.4
Statistical comparison		$\chi^2 = 0.342, p = 0.843$				F = 1.16, p = 0.313	
Living arrangement of the student	With the family	421	337	80.0	84	20.0	10.0 ± 8.4
	Dormitory	129	94	72.9	35	27.1	12.3 ± 10.2
	Others*	453	359	29.2	94	20.8	11.4 ± 8.2
Statistical comparison		$\chi^2 = 3.159, p = 0.206$				F = 1.16, p = 0.313	
Total		1003	790	78.8	213	21.2	11.3 ± 8.6

a,b: The differences between the groups not having the same letter for each variable are statistically significant.

\*: In a house with friends, alone in a house, with the relatives etc



As seen in Table 2, there was no significant difference in the mean BDI scores and depression rates according to the faculties. On the other hand, the mean BDI scores and depression rates were lower for the third years

students compared to first and second years. The mean BDI scores and depression rates were lower for the students that stated they were satisfied with their schools compared to those who were not.

Table 2. Mean BDI scores and depression prevalences according to school-related characteristics

Characteristics	Groups	n	Total BDI Score				Mean ± SD
			0 - 16		17 +		
			Number	%	Number	%	
Faculty	Medical	451	352	78.0	99	22.0	11.7 ± 9.4
	Theology	195	154	79.0	41	21.0	10.9 ± 7.5
	Engineering	357	284	29.6	73	20.4	11.1 ± 8.1
	Statistical Comparison		$\chi^2 = 0.276, p = 0.871$		F = 0.74, p = 0.476		
School years	I	432	335	77.5	97	22.5	12.2 ± 9.4 <sup>a</sup>
	II	307	239	77.9	68	22.1	11.1 ± 7.9 <sup>a,b</sup>
	III	264	216	81.8	48	18.2	10.0 ± 7.8 <sup>b</sup>
	Statistical Comparison		$\chi^2 = 2.009, p = 0.366$		F = 5.89, p = 0.003		
Satisfaction with the faculty	Satisfied	722	606	85.9	116	16.1	9.8 ± 7.3 <sup>a</sup>
	Unsatisfied	209	152	72.7	57	27.3	13.5 ± 8.8 <sup>b</sup>
	Undecided	72	32	44.4	99	22.0	20.1 ± 12.4 <sup>c</sup>
	Statistical Comparison		$\chi^2 = 206.456, p < 0.001$		F = 62.32, p < 0.001		
Total		1003	790	78.8	213	21.2	11.3 ± 8.6

*a,b,c: The differences between the groups not having the same letter for each variable are statistically significant*

The BDI scores and the depression rates of the study group according to their health status are given in Table 3.

As seen in Table 3, the prevalence rate of depression was significantly higher in the

students who stated they had a physical illness, compared to those who did not ( $p < 0.001$ ). As the BMI values increased, the mean BDI scores and depression rates also increased. The mean BDI score and depression prevalence of those who were not satisfied with their body image

were higher than those who were satisfied with it ( $p < 0.001$ ).

Table 3. Mean BDI scores and depression prevalences according to the health-related characteristics

Characteristics	Groups	n	Total BDI Score				Mean $\pm$ SD
			0 - 16		17 +		
			Number	%	Number	%	
Physical disease	Yes	89	52	58.8	37	41.6	10.8 $\pm$ 8.2 <sup>a</sup>
	No	914	738	80.7	176	19.3	16.1 $\pm$ 10.8 <sup>b</sup>
	Statistical Comparison	$\chi^2 = 24.149, p = 0.719$				$t = 4.51, p < 0.001$	
BMI	Thin	87	72	82.7	15	17.3	10.7 $\pm$ 7.2 <sup>a</sup>
	Normal	754	604	80.1	150	19.9	11.2 $\pm$ 8.4 <sup>a</sup>
	Overweight	146	104	71.2	42	28.8	12.0 $\pm$ 9.4 <sup>a,b</sup>
	Obese	16	10	62.5	6	37.5	16.8 $\pm$ 15.1 <sup>b</sup>
	Statistical Comparison	$\chi^2 = 9.123, p = 0.028$				$F = 2.71, p < 0.05$	
Satisfaction with the body image	Satisfied	687	575	83.7	112	16.3	9.9 $\pm$ 7.7 <sup>a</sup>
	Unsatisfied	265	187	70.6	78	29.4	13.7 $\pm$ 8.8 <sup>b</sup>
	Undecided	51	28	54.9	23	45.1	18.2 $\pm$ 11.9 <sup>c</sup>
	Statistical Comparison	$\chi^2 = 38.005, p < 0.005$				$F = 38.09, p < 0.001$	
Total		1003	790	78.8	213	21.2	11.3 $\pm$ 8.6

*a,b,c: The differences between the groups not having the same letter for each variable are statistically significant.*

Logistic regression analysis was performed in order to investigate the effects of the various factors upon the probability of depression. During this analysis, the depression state was taken as the dependent variable. Gender, age groups, faculty, years, living arrangement, satisfaction with the body

image, satisfaction with the faculty, presence of any physical illness, weight status of the students, economic level and residence of the families were all taken as independent variables. The results of logistic regression analysis are shown in Table 4.



Table 4. The effects of the various factors on the depression prevalence (Logistic regression analysis)

Independent variables	Groups	n	BDI Score $\geq 17$		OR (95% CI)
			Number	%	
Gender	Male	507	110	21.7	1.00
	Female	496	103	20.8	1.01 (0.69–1.46)
Age groups	<20	322	74	23.0	1.00
	20 or above	681	138	20.3	0.86 (0.55–1.32)
Economic level of the family	High	414	73	17.6	1.00
	Medium	553	126	22.8	1.34 (0.94–1.91)
	Poor	36	14	38.9	2.33 (1.01–5.33)*
Residence of the family	Provincial centre	640	138	21.6	1.00
	District centre	258	55	21.3	0.88 (0.60–1.31)
	Town–village	105	20	19.0	0.74 (0.41–1.36)
Living arrangement	With the family	421	84	20.0	1.00
	Student dormitory	129	35	27.1	1.56 (0.93–2.62)
	Other**	453	94	20.8	1.12 (0.78–1.63)
Faculty	Medical	451	99	22.0	1.00
	Theology	195	41	21.0	1.20 (0.72–2.02)
	Engineering	357	73	20.4	0.96 (0.64–1.46)
School years	I	432	97	22.5	1.00
	II	307	68	22.1	1.12 (0.74–1.71)
	III	264	48	18.2	0.74 (0.46–1.19)
Satisfaction with the school	Satisfied	722	116	16.1	1.00
	Undecided	209	57	27.3	1.85 (1.25–2.74)*
	Unsatisfied	72	40	55.6	6.17 (3.59–10.62)*
Physical illness	Yes	89	37	41.6	1.00
	No	914	176	19.3	2.38 (1.44–3.95)*
BMI	Thin	87	15	17.3	1.00
	Normal	754	150	19.9	1.24 (0.65 – 2.35)
	Overweight	146	42	28.8	1.79 (0.84 – 3.82)
	Obese	16	6	37.5	2.81 (0.75 – 10.56)
Satisfaction with the body image	Satisfied	687	112	16.3	1.00
	Undecided	265	78	29.4	2.05 (1.43–2.95)*
	Unsatisfied	51	23	45.1	2.55 (1.29–5.06)*
TOTAL		1003	213	21.2	

\*:  $p < 0.05$

\*\*.: In a house with the friends, alone in a house, with the relatives etc.

According to the results of the logistic analysis, risk of depression was found to be higher among the students who had any physical illness, were not satisfied with their body images, not satisfied with their faculties, and who reported the economic level of their families as poor. There were found to be no significant effects of gender, age, weight or living arrangement of the students and residence of the family on the probability of depression.

### Discussion

The mean BDI score of the students in the study group was  $11.3 \pm 8.6$ , and the prevalence rate of depression was found to be 21.2%. The mean BDI scores and prevalence rates of

depression in different studies from Turkey and other countries are given in the Table 5.<sup>4-6,9-11</sup>

As seen in table 5, there are substantial differences between studies, both in mean

BDI scores and prevalence rates of depression. These differences can be due to the differences between the societies investigated, to the differences in educational programs of the students included in the study, or else they may be due to the differences in the methods used to diagnose of depression. For example, in the study from Brazil, BDI scores of 9 and above were accepted as depression and therefore prevalence rates of depression were much higher.

Table 5. Mean BDI scores and depression prevalences in different earlier studies (6–11)

Location	Study group	BDI score (Mean $\pm$ SD)	Prevalence rate of depression (%)
Konya – Turkey	Medical students	9.9 $\pm$ 8.2	19.0
Malatya – Turkey	Medical students	10.6 $\pm$ 8.0	21.9
Malatya –Turkey	Vocational high school students	13.5 $\pm$ 8.5	31.8
Eskisehir – Turkey	University students	11.2 $\pm$ 8.6	21.8
Macedonia	Medical students	8.3 $\pm$ 7.4	10.4
Brazil	Medical students	9.1 $\pm$ 7.6	38.2
Japan	Female university students	11.8 $\pm$ 6.7	-
Korea	Female university students	14.0 $\pm$ 6.6	-

In this study no significant difference was found among different age groups, regarding the BDI scores and depression prevalence. In the earlier studies from Turkey, it was reported that the depression rates increased with age.<sup>5,12</sup>

There was no significant difference in our study, in the BDI scores and depression rates when compared for male and female students. In two different previous studies performed with university students in Turkey, there were significant differences in the BDI scores and depression rates between

male and female students.<sup>12,13</sup> In another study performed in Turkey, the depression prevalence in female students was twice that in the males.<sup>5</sup>

In a study performed with American and Japanese female students, the BDI scores were found to be  $8.48 \pm 6.55$  in American, and  $12.66 \pm 7.05$  in Japanese students.<sup>14</sup> In our study the BDI scores of the female students were lower than the Japanese female students, but higher than the American. In a study performed with university students in Germany, Denmark, Poland and Bulgaria, the depression prevalence of female students in Denmark and Poland was twice the depression prevalence in male students, but was the same for both sexes in Germany.<sup>15</sup> These results show that there can be differences in depression prevalences, and the effect of gender upon depression rates can vary within different societies.

In our study the depression scores in students who rated economic level of their families as poor were much higher than those who rated it as high or medium. In studies from Turkey, the BDI scores of university students increased as the economic level of the families worsened.<sup>7,12</sup> In a study performed in Germany, Poland and Bulgaria, the depression rates were reported to be higher in students with a low income level.<sup>16</sup>

No important effects of the living arrangements of the students and the residence of the families were found upon BDI scores and depression prevalence. In two earlier studies from Turkey, the residence of the families and living arrangements of the students also had no significant effect upon BDI scores.<sup>8,13</sup> In another study from Turkey, depression rates were higher in students that came from other provinces and were staying in student dormitories.<sup>17</sup> These differences between the studies may be due to the fact that the characteristics of the students were different from each other.

In this study, there was no significant difference between the BDI scores of the students from the Medical, Engineering and

Theology Faculties. On the other hand, the prevalence rate of depression in students that were not satisfied with the program they were studying was six times higher than in those who were satisfied. In an earlier study performed in Turkey upon university students, the depression prevalence in those who were studying in the programs they wanted to be in was significantly lower compared to those who entered their programs incidentally.<sup>6</sup> In a study performed in Germany, Poland and Bulgaria, the depression rates were higher in university students with a low academic performance<sup>16</sup>. The academic performance and the emotional state of the students who are obliged to enter a program, or through lack of knowledge, can be negatively affected.

In our study, the BDI scores and prevalence rates of depression among the students who had any physical illness were significantly higher than those who were healthy. Also, the BDI scores and depression prevalences of those who stated they were not satisfied with their body image were higher. Similarly, in two previous studies performed in Turkey, it was reported that the depression risk increased in university students with a physical disease.<sup>5,6</sup> The presence of a physical disease, affects a person's daily activities and also their future professional activities in a negative way, and thus can cause an increase in depressive symptoms.

In conclusion, one in every five university students has symptoms of depression. The prevalence of depression is similar in male and female students. The prevalence of depression is higher in students with families who have a poor economic level. Depression risk was found to be higher in students not satisfied with their schools and with their body images and in those who have any physical illness.

Students should be guided about the program they really want to be in, right before entering university. An integrative approach such as evaluating the students according to their family characteristics, their

living conditions and socioeconomic status, putting in some effort in order to resolve their social problems, and creating a more protective educational environment can all be effective in preventing depression.

## References

1. WHO Regional Office for Europe. The European Health Report 12009: Health and Health Systems. Copenhagen 2009; p 29.
2. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N (Eds). Turkey Burden of Disease Study 2004, Ankara 2006.
3. İnanç N, Savaş A.H, Tutkun H, Herken H, Savaş E. The clinical and sociodemographic characteristics of the students psychiatrically examined at the Medico-Social Center of Gaziantep University. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2004; 5: 222-30.
4. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsivar Ş, Özdemir S. The Relationship between smoking status and depression prevalence among first and second year medical students. *Journal of Dependence (Bağımlılık Dergisi)* 2006; 7: 129-34.
5. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Turk Psikiyatr Derg* 2007; 18: 137-46.
6. Arslan G, Ayrancı Ü, Ünsal A, Arslantaş D. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effects on health related quality of life in a Turkish University. *Upsala J Medical Sciences* 2009; 114: 170-7.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
8. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. *Turk Psikol Derg* 1989; 23: 3-13.
9. Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik-Gligoroska J, Sivevska-Smilevska E. Depression, anxiety and substance use in medical students in the republic of Macedonia. *Bratis Lek Listy* 2008; 109: 568-72.
10. Baldassin S, Alves TCTF, Andrade AG, Martins LAN. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 2008; 8:60. doi: 10.1186/1472-6920-8-60.
11. Arnault DS, Kim O. Is there an Asian idiom of distress? Somatic symptoms in female Japanese and Korean Students. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 22: 27-38.
12. Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK, Özdel L, Ergin A, Ergin N et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: Prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J* 2005; 46: 96-100.
13. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. The relationship with sociodemographic characteristics and depressive symptoms in university students *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2002; 3: 155-61.
14. Arnault DS, Sakamoto S, Moriwaki A. Somatic and depressive symptoms in female Japanese and American students:

## Acknowledgement

We thank to the deans of Medical, Engineering and Theology Faculties of Erciyes University, for the administrative permissions and to the faculty members for helping the application of the questionnaires.

- A preliminary investigation. *Transcult Psychiatry* 2006; 43: 275-86.
15. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Naydenova V, Stock C, İlieva S, et al. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 105-12.
  16. Mikolajczk RT, Maxwell AE, Naydenova V, Meier S, El Ansari W. Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 4: 19 (doi: 10.1186/1745-1179-4-19).
  17. Kutlu R, Çivi S, Sahinli AS. The frequency of depression and smoking habit among the medical students. *TAF Preventive Medicine Bulletin (TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni)* 2009; 8(6): 489-96.

# Müfredata eklenen bir dersin ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarına etkilerinin değerlendirilmesi

H Aslı Davas Aksan<sup>a</sup>, Işıl Ergin<sup>a</sup>, Hür Hassoy<sup>b</sup>, Raika Durusoy<sup>b</sup>, Meltem Çiçeklioğlu<sup>c</sup>

## Özet

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı “kadına yönelik şiddete müdahalede sağlık çalışanlarının rolü” uygulama dersini alan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinin ders öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını ölçmek ve toplumsal cinsiyet rolleri hakkındaki görüşlerini tanımlamaktır. **Yöntem:** Tıp Fakültesi ikinci sınıfa 334 kişi kayıtlıdır. Kapsayıcılık %85,6’dır. Ankette kadına yönelik şiddet tanımlarıyla ilgili on soru, hekimin bu konudaki rolüyle ilgili sekiz soru ve toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili 20 soru ve öğrencilerin sosyo demografik özelliklerini sorgulayan sekiz soru yer almaktadır. Bilgi soruları 10 puan üzerinden, profesyonel tutum ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin sorular ise üçlü Likert ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Daha yüksek puan alan öğrenci daha olumlu tutuma sahip kabul edilmiştir. **Bulgular:** Araştırma grubunun %39,9’u kadındır. % 41,9’u Fen lisesi, %36,5’i Anadolu lisesi ve %%10,8’i özel lise mezunudur. %45,1 Ege Bölgesi doğumludur. Öğrencilerin %15,2’si ailesinde şiddete tanık olduğunu belirtmiştir. Ön test bilgi puan ortalaması 6,8±1,8 iken son test sonuçları 9,1±1,4 (t=-22,923, p=0,001)olarak saptanmıştır. Ders öncesi profesyonel tutum toplam puanı ortalaması 19,7±2,4, ders sonrası da 21,1±2,3 olmuştur(t=9,877 p=0,001). Toplumsal cinsiyet rolleri ön test toplam puanı 47,2±7,4 son test toplam puanı ise 48,4±6,4 olarak saptanmıştır(t=3,577, p=0,001). Hem bilgi hem de profesyonel tutum ve toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili ön-test puan ortalamaları erkeklerin, doğduğu bölge İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanların, anne eğitimi ortaokul ve altı düzeyinde olanların daha düşüktür. **Sonuç:** Bu çalışmada, uzun erimdeki etkiler değerlendirilememiş olsa da, Tıp fakültesi ikinci sınıf müfredatına eklenen bu dersin, öğrencilerin hem kadına yönelik şiddetle, hem de bu konudaki gelecekteki rolleriyle ilgili bilgi ve tutumlarının geliştirilmesi açısından önemli olduğu ortaya konmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kadına yönelik şiddet, tıp eğitimi, bilgi, tutum, toplumsal cinsiyet rolleri

---

<sup>a</sup>Öğr. Grv. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

<sup>a</sup>Öğr. Grv. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

<sup>b</sup>Uzm. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

<sup>b</sup>Uzm. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

<sup>c</sup>Doç. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

**Sorumlu Yazar:** H Aslı Davas Aksan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD 35100  
Bornova,İzmir Tel: 232 390 20 78 E-posta: asli.davas@ege.edu.tr

## **An evaluation of the effects on the knowledge and behavior of second year medical school students of a course on violence against women added to their curriculum**

### **Abstract**

**Objective:** The purpose of this study was to measure the pre and post course level of knowledge, attitudes and opinions of second year medical students regarding violence against women, gender roles and of the physician's role for intervention, in relation to a course entitled "the role of health care professionals in intervention concerning violence against women". **Method:** 334 students were registered in the second year at this Medical School. The participation rate was 85,6 %. The questionnaire included four sections: ten questions related to the definitions of violence against women; eight questions related to the role of physicians in intervention ; and 20 questions were associated with gender roles; in addition there were eight questions on socio-demographic features of the students. The questions concerning knowledge were assessed on a scale of one to ten, the questions regarding professional attitude and gender roles were evaluated by a three point Likert scale. The students with higher points were regarded as having more positive attitudes. **Results:** 39,9 % of the research group were female. 41.9% of them were graduates of a Science High School, 36,5% of them were from an Anatolian High School and 10,8% of them were Private High School graduates. 45,1% of the respondents were from the Aegean Region of Turkey. 15,2% of the students stated that they witnessed violence in their family lives. Whilst the precourse knowledge score average was  $6,8 \pm 1,8$ , the outcomes of post course assessment were  $9,1 \pm 1,4$  ( $t = -22,923$ ,  $p = 0,001$ ). The mean of the pretest professional attitude total score was  $19,7 \pm 2,4$ , and the post-test t was  $21,1 \pm 2,3$  ( $t = 9,877$ ,  $p = 0,001$ ). The mean pretest total score for gender roles was  $47,2 \pm 7,4$  whereas it was  $48,4 \pm 6,4$  posttest ( $t = 3,577$ ,  $p = 0,001$ ). The pre-test means related to knowledge, professional attitude and gender roles were lower for those from Central Anatolia, Eastern Anatolia and Southern Anatolia, for male students and for those whose mothers' educational levels were secondary school or less. **Conclusion:** Although the study's long term effects could not be evaluated, this research revealed the importance of developing knowledge, attitudes and future roles of second year medical school students by adding a course about violence against women.

**Key Words:** Violence against women, medical education, knowledge, attitude, gender roles

### **Giriş**

"Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması" sonuçlarına göre, yaşamlarının herhangi bir döneminde kadınların fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı % 39'dur. Bu oran boşanmış ya da ayrı yaşayan kadınlarda % 73'lere çıkmaktadır<sup>1</sup>. Sağlık çalışanları, çoğu zaman şiddet görmüş kişilerin aile dışına çıktıklarında tek görüşebildikleri dolayısıyla tek yardım alabilecekleri kişilerdir. Aile içi şiddet

kurbanlarının yaklaşık %43 kadarının ilk yardım talep ettikleri kurumun sağlık kurumları olduğu bildirilmektedir<sup>2</sup>.

Fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet gören kurbanlar çok çeşitli sağlık sorunlarıyla sağlık kurumlarına başvururlar. Şiddet gören kadınların hem fiziksel hem de ruhsal sağlık durumlarının görmeyenlere göre daha kötü olduğu ve sağlık hizmetlerini daha fazla



kullandığı araştırmalarda gösterilmiştir.<sup>3,4,5</sup> Sağlık çalışanlarının şiddetin önlenmesindeki rolleri özetle şiddet görmüş vakaları tanımak, onların sağlık sorunlarını çözmek, yasal hakları konusunda bilgilendirmek ve ulaşabileceği sosyal kurumlarla iletişim kurmasına yardımcı olmak olarak sıralanabilir. Gerçekten de yapılan araştırmalar; hastane acil servislerinde tedavi edilen her dokuz kadından birinin, ayaktan tedavi veren kurumların acil servislerinde muayene edilen her yedi kadından birinin, her beş gebeden birinin, istismar nedeniyle başvuran çocukların yarısının annesinin, intihar girişiminde bulunan her üç kadından birinin ve psikiyatri hastalarının %40-70'inin aile içi şiddet kurbanı olduğunu göstermektedir.<sup>6</sup> En önemlisi ise araştırmaların kadınların destekleyici ve güvenli bir ortamda, şiddet deneyimleri hakkında konuşmak istediklerini göstermesidir.<sup>7</sup>

Sağlık çalışanından kaynaklı engellerin başında aile içi şiddetin tıp eğitimi müfredatına yeni girmesi, dolayısıyla sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgisizliği gelmektedir. Özellikle aile içi şiddetin üreme sağlığı ve olası diğer sağlık sorunlarına yol açma potansiyeli, çalışanlar tarafından bilinmemektedir.<sup>5,6,7</sup> Vakaların çoğunun histeri tanısı konulup gönderilmesi ve gerçek sorunla ilgili müdahalede bulunulmaması, sağlık hizmetlerinin verimsiz kullanımına neden olmaktadır. Aynı şekilde aile planlaması konusunda dirençli vakalarda şiddet uygulanmalıdır. Şiddet gören kadınların cinsel otonomileri sıklıkla zayıftır bu nedenle cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi bu kadınlarda daha önemli hale gelmektedir.<sup>5,6,8,9,10</sup>

Sağlık çalışanlarının bu alanda profesyonel yaklaşım geliştirmelerini sağlayacak eğitimleri genellikle yoktur.<sup>10</sup> İzmir'de yürütülen bir araştırmada, bir üniversite acil servisinde çalışmakta olan hekim ve hemşirelerin yaşadıkları

toplumdakine benzer oranlarda şiddeti onaylayabildikleri gösterilmiştir.<sup>11</sup> Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da, öğrencilerin %68,3'ü annelerinin fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.<sup>12</sup>

3 Şubat 2009 tarih 2009/14 sayılı genelge ile Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler" konulu eğitim kapsamında, birinci basamakta ve hastanelerin acil servislerinde görev yapmakta olan ebe, hemşire, aile sağlığı elemanı, sağlık memuru ve hekimler, bu konuda eğitim almaya başlamışlardır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının lisans eğitiminde bu konuya yeterince yer verilmemektedir. Kanada'da 222 diş hekimliği, tıp ve hemşirelik eğitim programının değerlendirildiği bir araştırmada, tıp fakültelerinin sadece %43'ünde kadına yönelik şiddetle ilgili bir eğitim verildiği tespit edilmiştir.<sup>13</sup> Verilen eğitimlerin etkinliğine dair de az sayıda çalışma bulunmaktadır.<sup>14</sup>

Bu araştırmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinin kadına yönelik şiddet ve bu konudaki rolleriyle ilgili bilgi ve tutumları, müfredata eklenen dersin öncesi ve sonrasında ölçülerek eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

Tıp Fakültesi ikinci sınıfa 2010-2011 eğitim döneminde 334 kişi kayıt yaptırmıştır. 21 kişiye derse girmediği, 27 kişi de anketi doldurmadığı için araştırmaya dahil edilmemiştir. Kapsayıcılık %85,6'dır. EÜTF topluma yönelik öğrenim hedeflerini içeren eğitim programının sistem bazında entegrasyon çalışmaları 2003-2004 öğretim yılında uygulanmaya başlamıştır. EÜTF eğitim programının ilk üç yılı dört evreye ayrılmıştır. İlk iki yılda Temel tıp bilimlerine giriş (Evre 1-E1), sistemler bazında normal yapı ve fonksiyon (Evre 2-E2), patolojilere giriş



(Evre3-E3) tamamlanmakta, üçüncü yıl ise sistem bazında *patolojiler* (Evre 4-E4) yer almaktadır. Hem E2, hem de E4'te yer alan sistem gruplarından biri de "Hayatın Evreleri"dir. Toplum Sağlığı ve Alan (TSA) uygulamaları dikey koridor olarak programa, sistemler bazında entegre edilmiştir. "Kadına yönelik şiddete müdahalede sağlık çalışanlarının rolleri" uygulamalı dersi, ikinci sınıf birinci döneminde yer alan E2B4 Bloğunda entegre olarak yürütülen TSA uygulamalarından biridir. Bu Bloktaki diğer TSA uygulamalarının başlıkları; "üreme sağlığı ve üreme hakkı", "gebe- bebek izlemi"dir. Bu blok kapsamında hayatın çeşitli evrelerindeki(bebek, çocuk, genç, yaşlı) normal yapı ve fonksiyona dair bilgilendirmeler yanı sıra çocuk istismarı, gençlerin sağlık sorunları ve kişilik gelişimi ve yetişkin davranışı gibi başlıklar da farklı Anabilim dallarınca teorik olarak aktarılmaktadır. TSA'nın bu bloktaki teorik dersleri ise; toplumu tanıma, toplum tabanlı sağlık hizmeti, ekip hizmeti, sağlık ölçütleri ve güvenli anneliktir.

### Ders-müdahale

İki saatlik "kadına yönelik şiddet" teorik dersinin ardından, öğrenciler 30-35 kişilik 10 gruba ayrılmış, her bir gruba ikişer saatlik "Kadına yönelik şiddete müdahalede sağlık çalışanlarının rolleri" uygulama dersi yapılmıştır. Toplam on uygulama dört eğitici tarafından yürütülmüştür. Bu derste öğrencilere bir olgu verilmiş, sınıf beş gruba bölünmüş ve her bir gruba bir tartışma sorusu dağıtılmıştır. Yirmi dakikalık bir grup çalışmasından sonra yanıtlarını sınıfla paylaşmaları istenmiş ve soru tüm sınıfla yeniden tartışılmıştır. Grup çalışmasında kullanılan sorular, "Olgunun maruz kaldığı şiddet tipleri nelerdir? Örneklerle açıklayınız."; "Olgunun durumunu ağırlaştırıcı, bireysel, politik, sosyal, yasal, kültürel, ekonomik risk etmenleri nelerdir?";"Olgunun bu durumdan kurtulmak için nasıl bir desteğe ihtiyacı var?";"Olguya

uygun şekilde müdahale etmeniz önündeki engeller neler olabilir?" şeklindedir.

Tartışmada hem kadının sosyoekonomik ve kültürel statüsünün toplumda yükseltilmesinin şiddetin önlenmesi açısından önemi hem de polisteki ilk başvuru, sağlık merkezlerinin uygun hizmeti sunumu, adalet sisteminin kadını koruyacak şekilde yapılandırılması, sığınma evi ve danışma merkezleri gibi kurumlara erişimin kolaylaştırılması gibi başlıklara yer verilmiştir. Geleceğin hekimlerinin pratik hayatlarında böyle bir olguyla karşılaştıklarında sorunu çözmek için bu yaklaşımları göz önünde bulundurmaları gerektiği ve bu konudaki sorumlulukları vurgulanmıştır. Anket başlıklı bu dersin başında ve sonunda uygulanmıştır. Öntest ve sosyo demografik soruların yer aldığı anket, dersin başında dağıtılmış, her öğrencinin ankette kendisini bir rumuzla tanıtmayı ve dersin sonunda dağıtılan son testte de aynı rumuzu kullanması istenmiştir.

Kadına yönelik şiddetin tanımıyla ilgili on bilgi sorusu hazırlanmıştır. Doğru yanıtlara bir puan, yanlış yanıtlara 0 puan verilerek toplam on puan üzerinden değerlendirilmiştir. Hekimin bu konudaki rolüyle ilgili literatürden yararlanılarak sekiz soru hazırlanmış ve üçlü likertle değerlendirilmiştir. Daha yüksek puan alan öğrenci daha olumlu tutuma sahip kabul edilmiştir. TNSA 2008'den yararlanarak da şiddetin gerekçelendirmesiyle ilgili beş önerme yazılmış ve üçlü likertle (1=katılıyorum, 2=kısmen katılıyorum, 3=katılmıyorum) değerlendirilmiştir.

Toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili İmamoğlu(12) tarafından 1995 yılında üniversite öğrencileriyle çalışarak (Cronbach alfa değeri 85, p<0,05)) geliştirdiği ölçekten yararlanılarak 20 önerme hazırlanmıştır. Bu önermelere verilen toplam puan 1=katılıyorum, 2=kısmen katılıyorum, 3=katılmıyorum üzerinden hesaplanmıştır. Puan ne kadar yüksekse toplumsal cinsiyet

rolleriyle ilgili tutumlar geleneksel tutumlardan uzaklaşmakta ve olumlu olarak değerlendirilmektedir. T testi analizlerinde, toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili toplam puan ortalamasının altında kalanlar olumsuz tutuma sahip, ortalamanın üzerindeki de olumlu tutuma sahip olarak kabul edilmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin sosyo demografik özellikleriyle ilgili dokuz soru yer almaktadır. Analizlerde; tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde, önemlilik

testlerinden de bağımlı ve bağımsız gruplarda t-testi uygulanmıştır.  $P < 0,05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Araştırma grubunun %39,9'u kadındır. %45,1'i Ege, %12,5'i Güneydoğu Anadolu, %12,5'i İç Anadolu bölgesi doğumludur. Grubun ve ebeveynlerinin eğitim ve çalışma durumuyla ilgili değişkenler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma grubunun ve ebeveynlerinin eğitim ve çalışma durumu

Mezun olunan okul tipi (n=277)	Sayı	%
Fen lisesi	116	41,9
Anadolu lisesi	101	36,5
Özel lise	30	10,8
Anadolu öğretmen lisesi	22	7,9
Devlet lisesi	8	2,9
<b>Anne eğitim (n=285)</b>		
Okur yazar değil	13	4,6
Okur yazar	12	4,2
İlköğretim	47	16,5
Ortaokul	11	3,9
Lise	80	28,1
Üniversite	111	38,9
Lisansüstü	11	3,9
<b>Baba eğitimi(n=285)</b>		
OY	4	1,4
İlköğretim	24	8,4
Ortaokul	18	6,3
Lise	59	20,7
Üniversite	157	55,1
Lisansüstü	23	8,1
<b>Anne iş (n=283)</b>		
Çalışmıyor-evhanımı	149	52,7
Kamuda çalışan memur	63	22,3
Emekli	46	16,3
Kendi işinde çalışan serbest meslek sahibi	8	2,8
Kamuda çalışan işçi	6	2,1
Diğer	11	3,9
<b>Baba iş (n=283)</b>		
Kamuda çalışan memur	104	36,7
Emekli	70	24,7
Kendi işinde çalışan serbest meslek sahibi	38	13,4
Kamuda çalışan işçi	16	5,7
Özel sektörde çalışan işçi	16	5,7
İşçi çalıştıran serbest meslek sahibi	11	3,9
Diğer	28	9,9

Öğrencilerin %15,2'si ailesinde şiddete tanık olduğunu belirtmiştir. Kadına yönelik

şiddetle ilgili ön test ve son testteki doğru yanıtların dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Kadına yönelik şiddet bilgi sorularında kurs öncesi ve kurs sonrası değerlendirmede doğru yanıtların dağılımı (%)

	Doğru öntest	Doğru son test
1-Eşinin kadına sadece istediği zaman para vermesi ekonomik bir şiddettir	82,5	93,8
2-Kadına yönelik şiddeti hekimin polise bildirim zorunluluğu vardır	71,8	91,0
3-Kadının sokağa yalnız başına çıkmaması ona uygulanan bir şiddettir.	82,4	93,1
4-Kadının oje sürmesine izin vermemesi bir şiddettir.	75,0	84,8
5-Kadının eteğinin boyuna karışma bir şiddettir.	64,9	79,7
6-Eşinin kadınla isteği dışında birlikte olması tecavüzdür.	90,4	96,7
7-Kadına yönelik şiddetle ilgili acil servislerde ayrı bir form doldurulması gerekmektedir.	68,4	90,8
8-Sadece yoksul ve eğitimsiz kadınlar şiddet görürler	96,1	96,3
9-Ebeler ve birinci basamak hekimleri şiddet görmüş kadınla en sık karşılaşan sağlık personelidir.	60,4	93,1
10-Gebe kalmak kadını şiddetten korur	75,7	90,9

Ön test bilgi puan ortalaması  $6,8 \pm 1,8$  iken son test sonuçları  $9,1 \pm 1,4$  ( $t=-22,923$ ,  $p=0,001$ ) olarak saptanmıştır. Son testte yanlıştan doğruya en fazla oranda değişen sorular; "Ebeler ve birinci basamak hekimleri şiddet görmüş kadınla en sık karşılaşan sağlık personelidir" (%32,7), "Kadına yönelik şiddetle ilgili acil servislerde ayrı bir form doldurulması gerekmektedir" (% 22,4), Kadına yönelik şiddeti hekimin polise bildirim zorunluluğu vardır" (%19,2) olmuştur.

Ön testte kadınların bilgi puanı ortalaması  $7,5 \pm 1,3$ ; erkeklerinse  $6,3 \pm 1,9$  olarak bulunmuştur ( $t=5,914$   $p=0,001$ ). Anne eğitimi ortaokul ve altı olanların ( $t=4,455$ ,  $p=0,001$ ), annesi ev hanımı olanların ( $t=3,006$   $p=0,003$ ), baba eğitimi ortaokul ve altı olanların ( $t=2,805$ ,  $p=0,005$ ), doğduğu bölge

İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanların ( $t=4,099$ ,  $p=0,001$ ) bilgi puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Babanın işi ve aile içi şiddete tanık olmayla ön test bilgi puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Son testte de tüm puanlar yükselse de, erkeklerin ( $t=232,467$ ,  $p=0,001$ ); anne eğitimi ortaokul ve altı olanların ( $t=2,304$ ,  $p=0,02$ ); doğduğu bölge İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanların ( $t=116,540$ ,  $p=0,004$ ) bilgi puanları düşük saptanmıştır. Baba eğitiminin ve annenin ev hanımı olmasının bilgi puanına etkisi son testte kaybolmuştur ( $p>0,05$ ). Tablo 3'te öğrencilerin şiddet görmüş bir kadına yardım konusunda kendi rolleriyle ilgili görüşleri değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Araştırma grubunun sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete müdahaledeki öncesi ve sonrası değerlendirilmede dağılımı (%)

	Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılmıyorum	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
1.Dayak yiyen kadınlar mutlaka profesyonel tıbbi yardım almalıdır	74,4	91,3	24,9	6,9	0,7	1,8
2.İstismara uğramış bir kadına sağlık personeli yardım edemez, çünkü kadın yine aynı ortama dönecek.	16,1	7,2	42,9	36,2	41,1	56,5
3.Kadın istismarı çok özel bir konudur, soru sormak hastayı utandırabilir	26,7	25,6	44,2	32,9	29,1	41,5
4.Hekim ya da hemşire aile içi şiddete müdahale ederek özel aile işlerine karışmış olur.	6,6	6,5	23,8	13,0	69,6	80,5
5.Sağlık personeli kadına yönelik şiddete nasıl müdahale etmesi gerektiği konusunda mutlaka eğitim almalıdır.	91,6	97,8	6,3	0,7	2,1	1,4
6.Şiddete uğramış kadına öncelikle "eşini kızdıracak ne yaptığı"nın sorulması gerekmektedir	10,1	7,2	32,2	21,0	57,7	71,7
7.Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, kadın eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir	21,2	10,9	44,5	26,6	34,3	62,4
8.Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir	7,7	6,1	35,1	19,9	57,2	74,0

Tablo 4'de öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili tutumlarının ön ve son testteki dağılımları sunulmuştur. Ders öncesi profesyonel tutum toplam puanı ortalaması  $19,7 \pm 2,4$ , ders sonrası da  $21,1 \pm 2,3$  olmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak ( $t=9,877$   $p=0,001$ ) anlamlıdır.

Ön testte erkeklerin ( $t=4,327$ ,  $p=0,001$ ), doğum bölgesi İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanların ( $t=2,261$ ,  $p=0,025$ ) anne eğitimi ortaokul ve altı olanların ( $t=3,024$ ,  $p=0,003$ ) ve annesi ev hanımı olanların ( $t=3,006$   $p=0,001$ ) profesyonel tutum puanı daha düşüktür. Baba eğitiminin ve aile de şiddet tanıklığının tutum ön test puanlarına etkisi yoktur ( $p>0,05$ ).

Son testte erkeklerin ( $t=4,944$ ,  $p=0,001$ ), doğum bölgesi İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanların ( $t=2,428$ ,  $p=0,016$ ) tutum son test puanları hala istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte anne eğitimi ve annenin ev hanımı olmasının tutum puanlarına olan etkisi kaybolmuştur ( $p>0,05$ ).

Üç'lü likert skalası (katılmıyorum, kısmen katılıyorum ve katılıyorum) ile değerlendirilen beş önermeye, öğrencilerin belirtilen bazı durumlarda kadınların fiziksel şiddeti hak ettiği ifadesine puan vermesi istenmiştir. Öğrencilerin, %38,1'i "Aldatmak", %17,7'si "Çocuklarla iyi ilgilenmemek" %12,0'ı "Parayı lüzumsuz yere harcamak", %11,2'si "Ailesinin istemediği biriyle evlenmek

için kaçmak”, %7,6’sı “Cinsel ilişkiyi red etmek”, önermelerine ön testte katılıyorum ya da kısmen katılıyorum yanıtı vermişken bu

oranlar son testte sırasıyla %34,1, %17,1, %8,2, %10,8, %7,1 olmuştur.

Tablo 4. Araştırma grubunun toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili görüşlerinin ön ve son testteki dağılımları (%)

	Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılmıyorum	
	Ön test	Son test	Ön test	Son test	Ön test	Son test
1.Toplumsal düzen açısından kadının erkek tarafından sahiplenilmesinde yarar vardır	36,7	29,4	45,6	36,6	17,7	34,1
2.Kadının kocasından çekinmesinde ve korkmasında yarar vardır	3,9	2,9	23,2	16,1	72,9	81,1
3.Kadın her ne kadar okumuş olursa olsun, kadınlığını bilmeli, kocasına hizmette kusur etmemelidir	8,5	7,5	24,7	17,6	66,8	74,9
4.Bir erkek kadından daha fazla kazanmalıdır	14,9	12,8	23,8	18,1	61,4	69,0
5.Kadın analık görevini iyi yapmalıdır	84,1	77,8	13,4	16,8	2,5	5,4
6.Erkek duygu ve düşüncelerini özellikle zayıf yanlarını belli etmemelidir	8,1	9,7	23,6	17,9	68,3	72,4
7.Erkekler kadından daha güçlüdür,	27,4	24,6	36,7	32,5	35,9	42,9
8.Kadının kocasını kıskanması doğaldır	49,3	44,0	38,7	36,5	12,1	19,5
9.Erkek tek başına kendine bakamaz, bu nedenle kadının bakımına gereksinim duyar	18,1	14,0	34,8	29,9	47,2	56,1
10.Kadını kendi başına bırakılmamalı, diğer cins ile ilişkiler erkekte hoş görülebilir ama kadını lekeler	7,4	5,4	15,2	14,0	77,3	80,6
11.Erkeğin hükmettiği evde mutluluk olmaz	22,3	31,5	38,5	28,0	39,2	40,5
12.Günümüzde kadın ve erkek ev işlerini paylaşmalıdır	75,1	79,6	21,0	17,9	3,9	2,5
13.Kadın hakları hareketini destekliyorum	71,7	77,1	21,9	18,3	6,4	4,7
14.Günümüzde her ne kadar kadın ve erkek eşit kabul edilse de tam bir eşitlik söz konusu olamaz	44,7	32,9	35,8	41,1	19,5	26,1
15.Kadın hakları savunucularının ne yapmak istediklerini anlayamıyorum	8,3	5,4	25,3	22,5	66,4	72,1
16.Kadın evliliğinde aradığını bulamasa da sabretmesini bilmelidir	7,9	7,2	34,6	23,7	57,5	69,2
17.Kadın ve erkek ilişkisi birinin reis olmasını gerektirmeyen türde bir ilişkidir	64,9	71,9	20,2	13,2	14,9	14,9
18.Kız da erkek de evlattır, ancak erkek evlat sahibi olmak daha önemlidir	3,5	6,5	6,4	5,4	90,1	88,1
19.Eğitim erkekler için daha önemlidir	8,9	9,0	12,1	11,1	79,1	79,9
20.Erkeklerin daha avantajlı bir konumda olması doğal değil, toplumsal düzenin bir sonucudur	55,1	57,3	33,9	31,9	11,0	10,8

Toplumsal cinsiyet ön test toplam puanı  $47,2 \pm 7,4$ , son test toplam puanı ise  $48,4 \pm 6,4$  olarak saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=3,577$ ,  $p=0,001$ ). Ön-testte toplumsal cinsiyet puanları erkeklerde ( $t=7,639$ ,  $p=0,001$ ), doğum bölgesi İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanlarda ( $t=3,376$ ,  $p=0,001$ ), anne eğitimi ortaokul ve altı olanlarda ( $t=5,124$ ,  $p=0,001$ ), baba eğitimi ortaokul ve altı olanlarda ( $t=2,519$ ,  $p=0,012$ ), annesi ev hanımı olanlarda ( $t=3,732$ ,  $p=0,001$ ) daha düşüktür. Son testte de erkeklerin ( $t=8,691$ ,  $p=0,001$ ), doğum bölgesi İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olanların ( $t=3,768$ ,  $p=0,001$ ), anne eğitimi ortaokul ve altı olanların ( $t=3,554$ ,  $p=0,001$ ), annesi ev hanımı olanların ( $t=2,530$ ,  $p=0,012$ ) daha düşüktür. Baba eğitiminin son testte toplumsal cinsiyet üzerindeki etkisi kaybolmuştur ( $p>0,05$ ).

Toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili tutumları olumsuz bulunan öğrencilerin hem ön testte ( $t=-6,3$ ,  $p=0,001$ ) hem de son testte profesyonel tutum puan ortalamaları ( $t=-7,7$ ,  $p=0,001$ ) daha düşüktür.

## **Tartışma**

Bu çalışmada ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve hem profesyonel rolleri hem de şiddeti gerekçelendirmeye ilgili tutumlarının istenen düzeylerde olmadığı ortaya konmuştur. Verilen eğitim uzun erimli sonuçları değerlendirmemekle birlikte hem bilgi puanlarını, hem mesleki rollerle ve toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili tutumlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetteki rolleri yaşamsal bir öneme sahiptir. Şiddet görmüş kadının çoğu zaman başvurduğu yegane kurum sağlık kurumlarıdır. Bu nedenle çalıştıkları kurumlarda çoğu zaman yönetici rolleri olan hekimlerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarının önemi literatürde

gösterilmiştir<sup>13,14</sup>. Ne yazık ki tıp fakülteleri müfredatında bu konu su ana kadar yeterince ele alınmamıştır. ABD’de Adalet ve Sağlık Bakanlıkları işbirliğinde yürütülen bir projede tıp fakültelerinin bu konudaki müfredatları incelenmiş ve eksiklikler ortaya konmuştur<sup>14</sup>. Oysa tıp eğitimi sırasında bu konuda özel eğitim almış hekimlerin, kadına yönelik şiddetle ilgili sorgulamaları daha sık oranda yaptığı bilinmektedir<sup>15</sup>. Hacettepe Üniversitesi altıncı sınıf öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada, intörnlerin %70,7’si kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olmadığını ve dörtte üçünden fazlası da (%78.8) kadına yönelik şiddeti ele almanın mesleki uygulamalar içerisinde yer alması gerektiğini bildirmiştir<sup>16</sup>.

Bu çalışmada bilgi puan ortalaması altıncı sınıf tıp öğrencileriyle yürütülen çalışmadakinden düşük bulunmuştur. Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında da bu çalışmada saptandığı gibi kadınların bilgi puanı erkeklerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır<sup>16</sup>. Bu çalışmada, öğrenciler acil serviste çalışan hekimlerin ya da hemşirelik öğrencilerinin aksine kadına yönelik şiddetin tüm sosyoekonomik gruplarda yaygın olduğunu hem ön testte hem de son testte doğru olarak yanıtlamışlardır<sup>11,17</sup>. Kaynar ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer biçimde ön testte öğrencilerin yaklaşık %25’i gebeliğin şiddetten koruyacağını bildirmiştir<sup>17</sup>. Ders sonrası bu soruya doğru yanıt verme oranı oldukça yükselmiştir. Öğrencilerin hem ön-testte hem de son testte duygusal ve ekonomik şiddetle ilgili bilgi sorularını daha düşük düzeylerde doğru yanıtladıkları gözlenmiştir. Benzer bir sonuç Türkiye’de 1996-1998 yıllarında sağlık çalışanları, polis ve avukatların kadına yönelik şiddetle ilgili hizmet içi eğitim aldıkları bir proje kapsamında hekimlerin eğitim aldıkları bir programın ön değerlendirmelerinde de saptanmıştır<sup>18</sup>. Söz konusu projede, hekimlerin eğitim öncesi testlerde konunun gerekliliği ve kadınlara bu konuda yardımcı



olma durumlarıyla ilgili verdikleri yanıtların, eğitim sonrasında çok değiştiği ve hekimlerin mezuniyet öncesine kadına yönelik şiddetle ilgili dersler konmasını önerdikleri bildirilmiştir<sup>18</sup>.

Kadına yönelik şiddet Türkiye’de yaygındır<sup>19</sup>. Bu yaygınlık kadının yasal olarak yeterince korunmamasıyla, istihdamda yeterince yer almamasıyla, eğitim seviyesinin düşüklüğüyle açıklanabilmekle birlikte, bu ülkede kadına yönelik şiddetin toplumsal olarak kabul edilen bir davranış olmasından da kaynaklanmaktadır. Örneğin çok yakın bir zamana kadar namus cinayetlerinin ceza indirimi için önemli bir gerekçe olarak kabul edilmesi buna bir örnektir. Türkiye’de kadınlar yasal düzlemde erkeklerle görece eşit haklara sahip olmakla birlikte, kadın hem kamuda hem de özel alanlarda eşitsizliklere maruz kalmakta, geleneksel roller üstlenmektedir<sup>19</sup>. Bu durum öğrencilerin profesyonel rollerine de yansımıştır. Öğrencilerin bir kısmı dayanın, haklı bir gerekçesi olduğunda “kabul edilebilir” olduğunu düşünmekte ve mesleki pratiklerinde de kendilerine bununla ilgili rol biçmektedirler. Öğrencilerin sadece %57,7’sinin ön testte “Şiddete uğramış kadına öncelikle eşini kızdıracak ne yaptığının sorulması gerekmektedir” önermesine; %34,3’ünün “Şiddete uğradığını bildiren kadının doğru söyleyip söylemediği, kadın eşiyile birlikte dinlenerek anlaşılabilir” önermesine ve % 57,2’ sinin “Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açan davranışlarda bulunmamasını önererek yardımcı olunabilir” önermelerine, katılmıyorum yanıtını vermiş olması, bu hipotezi desteklemektedir. Kaynar ve arkadaşlarının ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin tutumlarını değerlendirdikleri araştırmalarında da aynı sorularda katılmıyorum yanıtını verenlerin oranı sırasıyla %55,9, %16,0, %41,1dir<sup>17</sup>. Tıp öğrencilerinin bu konudaki tutumları daha iyi olmakla birlikte, dikkat edilmesi gereken diğer önemli bir unsur, öğrencilerin bu tür vakalarda kendilerinin bir karar vermesi

gerektiğine olan inançlarıdır. Kadına yönelik şiddetle ilgili verilen eğitimlerde buna dikkat edilmeli, şiddetin hiçbir zaman haklı gerekçesi olmadığı vurgulanmalı, hekimlerin hakim olmadıkları ve kişiler arası çatışmayı ancak adli kurumların çözebileceği vurgulanmalıdır. Son testte bu sorulara verilen yanıtlar daha olumluya gitmekle birlikte hala azımsanmayacak kadar olumsuz yanıt mevcuttur.

Kadına yönelik şiddet dersi profesyonel tutumlarda olumlu değişime neden olmuştur. Bununla birlikte ders sonrasında da doğduğu bölge ve cinsiyetin daha olumsuz tutuma sahip olmayı etkilemeye devam ettiği görülmektedir. Bunu destekler biçimde toplumsal cinsiyet rollerinin bilgi ve tutum rolleri üzerindeki etkisi ders sonrasında değişmemiştir. Toplumsal cinsiyet rollerinin oluşumunda irdelenen doğum bölgesi ve cinsiyet, anne eğitimi gibi tüm bu değişkenlerin yeri önemlidir. Bir toplumda kadın ve erkeklerin toplumsal hayata katılım biçimi, oranı, görünürlüğü ve temsil biçimi önemli oranda o toplumda geçerli olan toplumsal cinsiyet algısından etkilenir. Toplumsal cinsiyet rolleri coğrafyaya, zamana, sınıfa ya da ırka göre olduğu kadar toplumun siyasi ve ekonomik koşullarına göre de çeşitlilik gösterir. Ökten 2009 yılında yayınladığı makalesinde Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde kadınların daha çok aşiret ya da topluma uygun davrandığını, erkek egemen bir anlayış ve tutumun geleneklerden törelere, toplumsal ve bireysel davranışlara kadar geniş bir alanda yansıma bulunduğunu aktarmıştır<sup>20</sup>

Toplumsal cinsiyet rolleri ve algısının kadın lehine değişimi çok daha köklü mücadelelerle mümkündür. Bu konu tıp fakültelerinde daha yeni tartışılmaya başlanmıştır. Tıp eğitimine kadına yönelik şiddet ve toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili derslerin eklenmesiye önemli bir katkıdır. Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’nda kadına yönelik şiddetle ilgili bir başlık yoktur<sup>21</sup>. Kadına Yönelik Aile İçi



Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı Madde 2.7'de toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik aile içi şiddet konularına eğitim, hukuk, tıp, iletişim ve diğer ilgili fakültelerin lisans programlarında yer verilmesi belirtilmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik aile içi şiddetin önlenmesi konularının müfredat içine alınması için tıp fakültelerine bir yazı gönderilmiş ve 2008 yılından itibaren tıp fakülteleri izlenmeye başlamıştır<sup>22</sup>

Bununla birlikte 2003 yılından beri UÇEP'te bir değişiklik yapılmaması nedeniyle, bu durum bir öneri niteliğinde kalmıştır. Genelde tıp fakülteleri müfredatlarında Adli Tıp stajı/kurulu kapsamında "aile içi şiddet" başlığıyla bir saat teorik ders<sup>23,24,25</sup> veya nadiren "kadına yönelik şiddet" başlığında bir saat teorik ders<sup>26</sup> şeklinde yer almaktadır

Tıp Fakültesinde pre klinik ve klinik dönemde kadına yönelik şiddetle ilgili verilen eğitimler oldukça etkili olmaktadır. Miller ve arkadaşları tıp fakültesinde klinik öncesi dönemde kadına yönelik şiddetle ilgili eğitim almış öğrencilerin, asistanlıklarında konuyla ilgili yeterlilik düzeylerinin oldukça iyileştiğini göstermişlerdir<sup>27</sup>. Klinik öncesi dönemde verilen eğitimin, sadece olumlu tutum geliştirmeyi değil, yapılandırılmış klinik muayeneyi iyi yapabilme hedefini gerçekleştirmeye de katkı sağladığı literatürde gösterilmiştir<sup>28</sup>. Bunun tersine yayınlar da mevcuttur. Bir araştırmada tıp fakültesi birinci sınıfta verilen üç saatlik eğitimin uzun dönem etkilerinin sınırlı olduğu ve yenilenmesi gerektiği bildirilmiştir<sup>29</sup>. Bu araştırmanın önemli sınırlılıklarından biri dersin kısa erim sonuçlarının değerlendirilmiş olmasıdır. Ayrıca sadece bir tıp fakültesinin ikinci sınıf öğrencileri değerlendirilmiştir. Bunlar yanı sıra dersi veren hocalar arası fark da tartışılmamıştır. Bu araştırmanın sonunda derste sunulan olgunun toplumsal cinsiyet rolleri açısından da geliştirilmesine karar verilmiştir. Ayrıca öğrencinin vakayla karşılaştığında adli karar verici olarak davranmasını engelleyecek

öneriler geliştirilip profesyonel tutumları olumlu yönde desteklenecektir.

## **Sonuç**

Bu araştırma, tıp fakültesi ikinci sınıf müfredatına eklenen bir dersin öğrencilerin hem kadına yönelik şiddetle hem de bu konudaki gelecekteki rolleriyle ilgili bilgi ve tutumlarının geliştirilmesi açısından önemli olduğu ortaya konmuştur. Toplumsal cinsiyete doğum bölgesi, ebeveyn eğitiminin etkileri göz önüne alındığında ve toplumsal cinsiyetle ilgili tutumların sadece şiddet görmüş kadınlara değil tüm hastalara verilen sağlık hizmetinin niteliğini etkileyecektir. Bu nedenle, toplumsal cinsiyet rolleri ve sağlıkla ilgili ek ders, uygulama ya da modüller, gelecekteki hekimlerin hastalara daha etkin müdahale etmesine yardımcı olacaktır.

## **Kaynaklar**

- 1- Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Punto 2 Baskı, 2008.  
<http://www.kadinayoneliक्सiddet.org/TurkiyedeKadinaYoneliक्सiddet.pdf> Erişim tarihi 10 Aralık 2009.
- 2- Anglin D, Sachs C. Preventive care in the emergency department: Screening for domestic violence. *Academic Emergency Medicine* 2003;10(10): 1118-1127.
- 3-Shane B, Ellsberg M. Violence against women: effects on reproductive health. *Outlook*. 2002; 20(1): 1-8.
- 4-García-Moreno C, Jansen AF, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva. WHO Press, 2005.
- 5-Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359:1331-1336.

- 6- American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. 1992. <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/1/1/39.pdf> Erişim:Mayıs 2011.
- 7- Whiteman, R. W., Chamberlain, L., & Greenwood, B. Patients' experiences and perspectives on assessment for lifetime exposure to intimate partner violence and forced sex. Health Alert. Family Violence Prevention Fund.2004 .
- 8-Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. "Ending violence against women." Population Reports. Series L, No. 11. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health. 1999.
- 9-Laing L. Australian Domestic &Family Violence Clearing House. Risk Assessment in Domestic Violence. [www.austdvclearinghouse.unsw.edu.au/topics/topics\\_pdf\\_files/risk\\_assessment.pdf](http://www.austdvclearinghouse.unsw.edu.au/topics/topics_pdf_files/risk_assessment.pdf) Erişim tarihi: Mayıs 2006.
- 10-Ganley AL, Fazio J, Hyman A, James L, Ruiz-Contreas A. Improving the healthcare response to domestic violence: a trainer's manual for health care providers. Family Violence Prevention Fund.1998. ABD. <http://www.fvpf.org> Erişim tarihi: Mayıs 2006.
- 11- Davas A, Aksu F. The Training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence BMC Public Health 2007;7:350.
- 12- Güneş G, Kaya M, Pehlivan C. Tıp Fakültesi öğrencilerinin ailelerinde kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili bir araştırma. Toplum ve Hekim 2000; 15(5):391-397.
- 13-Wathen CN, Tanaka M, Catallo C, Lebner AC, Friedman MK, Hanson MD, Freeman C, Jack SM, Jamieson E, Macmillan HL; McMaster IPV Education Research Team. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. BMC Med Educ.2009; Jun 18;9:34.
- 14- Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence <http://books.nap.edu/catalog/10127.html> Erişim tarihi Mayıs 2011.
- 15- Sitterding HA, Adera T, Shields-Fobbs E. Spouse/ partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. J Contin Educ Health Prof 2003;23:54.
- 16- Yıldız AN, Bilir N, Doğan A, Hüseyinoğlu B, Göktaş B, Gördük MN, İşgören Ş, İnce O, Soytaş M. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2011 Öğretim Yılı Dönem Altı Öğrencilerin Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Görüşleri. P034. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Trabzon, 4-8 Ekim 2011.
- 17-Kaynar Tunçel E, DüNDAR C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2007;17(2)syf 105-110.
- 18- Salaçin S. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin önlenmesinde üstlenebilecekleri roller. [www.huksam.hacettepe.edu.tr/.../saglik\\_c\\_alisanlarinin\\_kadina\\_yonelik.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/.../saglik_c_alisanlarinin_kadina_yonelik.pdf) Erişim tarihi: Haziran 2011.
- 19-Buken NO, Sahinoğlu S, Violence against women in Turkey and the Role of women physicians. Nurs Ethics 2006 ;13: 197.
- 20- Ökten Ş. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar: Güney doğu Anadolu Bölgesinin toplumsal cinsiyet düzeni. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi Summer 2009; 2( 8) 302-312.
- 21-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi. Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı(UÇEP)<http://www.aku.edu.tr/AKU/DosyaYonetimi/TIP/pdf/ucep.pdf> . Erişim: 19/10/2011.

- 22-(T.C.Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010.  
<http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/kadinayonelikaileicisiddetlemucadeleulusaleyemplan.pdf>. Erişim: 19/10/2011.
- 23-Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2011 Akademik Takvimi  
<http://194.27.160.122:16080/fmi/iwp/cgi?db=AcademicCalendar.fp7&-loadframes>, Erişim: 19/10/2011.
- 24- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2011 Akademik Takvimi  
<http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/topics.asp?path=313930>, 25- Erişim: 19/10/2011.
- 25-Celal Bayar Tıp Fakültesi 2010-2011 Akademik Takvimi  
[www.bayar.edu.tr/~tip/belgeler/2010-2011.pdf](http://www.bayar.edu.tr/~tip/belgeler/2010-2011.pdf), Erişim: 19/10/2011.
- 26- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2011 Akademik Takvimi  
[tip.uludag.edu.tr/egitim11/4-sinifzorunlustaj-rehberi.doc](http://tip.uludag.edu.tr/egitim11/4-sinifzorunlustaj-rehberi.doc) Erişim: 19/10/2011.
- 27- Miller AW; Coonrod DV; BradyMJ; Maricela P. Moffitt MP Medical Student Training in Domestic Violence: A Comparison of Students Entering Residency Training in 1995 and 2001. Teaching and Learning in Medicine, 16(1), 3-6.
- 28-Haase CE, Short PD, Chapman DM, Dersch SA. Domestic violence education in medical school: Does it make a difference? Academic Emergency Medicine 1999;6:855-7.
- 29--Ernst AA, Houry D, Weiss SJ, Szerlip H. Domestic violence awareness in a medical school class: 2-year follow-up. SouthMed J 2000;93:772-6.

## The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in Southeastern Anatolia

Zeynep Simsek<sup>a</sup>, Ibrahim Koruk<sup>b</sup>

### Abstract

**Objective:**The aim of this cross-sectional survey is to investigate the role of migratory farmworker on childhood growth and psychomotor development. **Method:** We studied 174 children ages 0-5 years raised in migratory farmworker families (n=174), and compared them to a sample of non-farm workers' children (n=174) selected by probability sampling method. Data were collected using a structured questionnaire and anthropometric measurements, and Ankara Developmental Screening Inventory. **Results:** Stunting was found in 43.1% of the farmworker's children; 21.3% were in non-farmworker's children. Farmworker mothers reported that none of their children had been monitored by healthcare professionals. Being from a migratory farmwork family (OR 2.6; 95% CI 1.4-4.7; p=0.001) and maternal education (OR 0.88; 95% CI = 0.78-0.99; p=0.040) were found to be factors associated with stunted growth after controlling for confounding factors such as economic situation, number of children, household size and maternal age. **Conclusion:** Children of migratory farmworkers represent a vulnerable population that deserves special attention in terms of healthcare rights and primary healthcare services.

**Key Words:** Migratory farmwork, children, growth, development

## Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 0-5 yaşları arasındaki çocukların büyüme ve psikomotor gelişimine mevsimlik tarım işçiliğinin etkisi

### Özet

**Amaç:** Kesitsel tipteki bu araştırmanın amacı, mevsimlik tarım işçiliğinin çocukların büyüme ve psikomotor gelişimine etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Olasılıklı örnekleme yöntemiyle seçilen 174 göçebe tarım işçisi ailenin çocuğu ve 174 tarım işçisi olmayan ailenin çocuğu büyüme ve gelişme açısından karşılaştırılmıştır. Veri toplamada soru formu, antropometrik ölçümler ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri kullanılmıştır. **Bulgular:** Bodurluk tarım işçisi ailelerin çocuklarında %43.1, tarım işçisi olmayan ailelerin çocuklarında %21.3'dür. Mevsimlik tarım işçisi anneler çocuklarının büyüme ve gelişme izlemlerinin yapılmadığını bildirmişlerdir. Ekonomik durum, çocuk sayısı, hanehalkı büyüklüğü ve annenin yaşı kontrol edildiğinde, mevsimlik tarım işçisi ailenin çocuğu olma (OR 2.6; %95 GA 1.4-4.7; p=0.001) ve annenin öğrenim düzeyi (OR 0.88; 95% CI = 0.78-0.99; p=0.040) bodurluk için ilişkili faktörler olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Hassas bir grup olan mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarının temel sağlık hizmetlerine ve sağlık haklarına erişimlerinin sağlanması için çaba harcanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Göçebe tarım işi, çocuklar, büyüme, gelişme

---

<sup>a</sup> Prof. HarranUniversity School of Medicine, Public Health Department, Sanliurfa

<sup>b</sup> Assist. Prof. HarranUniversity School of Medicine, Public Health Department, Sanliurfa

**Corresponding Author: Zeynep Simsek** Tlf: 04143183114 E-mail: zsimsek@harran.edu.tr

## Introduction

Child health has long been known to be dependent on physical, sociocultural, economic and environmental factors<sup>1</sup>. Although there is great potential in childhood for health promotion and disease prevention, some important problems still continue. Globally, malnutrition is the most important risk factor for morbidity and mortality, contributing to more than half of childhood deaths worldwide. The World Health Organization estimates that by the year 2015, the prevalence of malnutrition will have decreased to 17.6% globally. Despite marked improvements in the prevalence of malnutrition, rates of undernutrition and stunting have continued to rise in some risk groups.<sup>2,3</sup> Throughout the world, migratory farm workers remain marginalized, and are among the most socially, economically, and medically vulnerable populations at risk for malnutrition.

Agriculture is a major industrial sector in Turkey and relies heavily on migrant and seasonal farm labor. The total population of farm workers in Turkey ( $\geq 12$  years old) has been estimated to be 12.5 million, according to the Census of Agricultural Households Survey.<sup>4</sup> However, this statistic does not differentiate between migrant and non-migrant farm workers, and more recent estimates indicate that as many as 2 million migratory farm workers live and work in Turkey.

Farm workers perform strenuous tasks and are exposed to a wide variety of occupational risks and hazards. Internationally, studies on the health status of migratory seasonal farm workers' children include findings of: late immunization, respiratory diseases, Hepatitis A infection, a high prevalence of psychiatric disorders, parasitic infections, child abuse and neglect, iron deficiency, untreated dental caries, and pesticide exposure<sup>5-14</sup>. These children face numerous barriers to medical care, including lack of transportation, insurance and sick leave; the threat or fear of wage or job loss; language

barriers between farm workers and health care providers; and limited healthcare services.<sup>15-17</sup>

There are few population-based growth and development data on migratory farm workers' children. This study was carried out to investigate the role of migratory farm work on the growth and psychomotor development of the children ages 0-5 years and to demonstrate the effects of malnutrition on farm worker families' children compared to non-farm workers' children of similar ages.

## Method

This cross sectional survey was carried out within the catchment areas of two primary healthcare centers (PHCs) in the Sanliurfa district of Southeastern Anatolia. The majority of families (70%) lived within the Ertugrugazi PHC's catchment area and was migratory farm workers. The comparison group which is non-farm workers lived within the catchment area of a PHC named "Primary Healthcare Center Number Four." This study was conducted from January-March, 2008. Since records of Ertugrugazi PHC were unreliable or incomplete because of family and health professional mobility, first all household records filled out by students of Health School of Harran University. 174 children between 6 months to 5 years of age were randomly selected from household records in each catchment area. Based on sample-size determinations, our sample was estimated to provide a malnutrition prevalence of 25%;  $d = 0.05$ ; and confidence level of 95%<sup>18</sup>. Selection criteria included absence of chronic or acute illness and disability, term births, and normal birth weight. In home visits, after explaining the aim of the study, informed consent was obtained by the children's parents. Thereafter, physical and psychomotor development examinations were performed on each child. The response rates for survey completion were 98.9% for migratory farm workers and 96.4% for non-farm workers.



Children identified as being malnourished, along with those found to have other medical conditions, were given written referrals to the PHCs. Families found to be living below the national poverty line were referred to the local Department of Social Services for assistance.

### Data collection

To measure the developmental status of children, we utilized the Ankara Child Development Screening Inventory (AGTE), a culturally-relevant tool developed by Savasir, Sezgin and Erol<sup>19-21</sup>. It is a 154-item inventory designed to evaluate children ages 0-6 years, based upon maternal/caregiver answers coded as “yes,” “no,” or “I don’t know.” Each “yes” response is assigned one point. The child is assigned a “general development” score, which is the sum of four inventory subscales: (1) language/cognitive skills; (2) fine motor skills; (3) gross motor skills; (4) social/activities of daily-living (ADL) skills.

In order to assess growth, we obtained weight and height information for all children. Weight was measured using a calibrated spring scale (0.5 kg scale), and height was measured using a supine measuring board (0.1 cm scale). Weight-for-age (WAZ), height-for-age (HAZ), and weight-for-height (WHZ) measurement were calculated using the EPINUT program of Epi-info, version 6. Children whose weight-for-height, height-for-age, and weight-for-age fell below  $-2$  SDs were classified, respectively, with acute malnutrition (wasting), chronic malnutrition (stunting), or global malnutrition<sup>22-23</sup>. In addition, a structured questionnaire with open- and closed- ended questions, which was developed by researchers, was used to collect socioeconomic, environmental and demographical data. Education data were collected as years of schooling, and economic situation was classified as a ‘poor’ or ‘good’ according to the mother’s opinion (*Question: How is your economic situation?*).

Data analysis was carried out using the SPSS statistical package. The

psychosocial development score for each child was computed by scoring test item responses as either 1 or 0. At each age level (monthly intervals), children having scores in the lowest quartile were categorized as having developmental delay and those in the uppermost quartile were labeled as having accelerated development. The associations between independent variables and psychomotor development and growth were tested using chi-squared. Mann-Whitney U test was used to compare migratory farm workers and non-farm workers in view of social and demographic characteristics in univariate analysis. A logistic regression model was created to determine the independent effects of demographic, social and environmental factors on growth, because of essential indicator of child health.

### Results

The farm worker group consisted of 87 boys (50.0%) and 87 girls (50.0%), while the non-farm worker sample consisted of 93 boys (53.4%) and 81 girls (46.6%). The mean age was  $31.3 \pm 17.1$  months in the farm worker group, and  $29.3 \pm 16.2$  in the comparison sample. There were no significant differences in the mean age and gender distribution of the groups ( $p > 0.05$ ). As seen in Table 1, maternal and paternal education, number of living children, household size and economic situation between farm worker families and non-farm worker families differed significantly ( $p < 0.05$ ). Migratory farm worker families had lower parental education, greater household size, higher number of children, and greater poverty.

A majority of the families (96.8%) reported that housing for migrant farm workers has been characterized as deplorable, and that lack of access to water often leads to the use of unsanitary and potentially polluted drainage systems for both bathing and drinking. All barracks lack privacy, even those with basic toilet facilities.

Nearly 65% of the migratory farm worker mothers in our study reported that

they lived in different agricultural regions of a single city in a given year, while 26.7% of them reported that they lived in at least two cities and worked in several regions. As many as 7.9 % of the mothers reported that they lived in more than 3 cities in a given year. 29.6% of the families reported working in Sanliurfa's agricultural regions, and 71.1% usually return to the same regions for work. 99.1% of these families stated that they move with all family members. When they get sick, 41.6% of them go to the hospital while 33.8% go to a primary healthcare center. The rest

reported that when they get sick, they either go to a pharmacy, or ask for drugs from their neighbors, or wait until they feel better. None of the farm worker mothers reported having had their children's growth rate and development followed by a health professional because of high mobility, and unawareness of mothers. 26.8% of non-farm worker mothers stated that nurses or midwives monitored their children health regularly. Only 3.4% of farm worker mothers reported that they follow their children's immunizations schedules, while this rate was 74.8% in non-farm workers.

Table 1. Characteristics of migratory farm worker and non- farm worker families

Variables	Migratory Farm workers n=174	Non- farm workers n=174	Significance z; p
	Median (25 <sup>th</sup> -75 <sup>th</sup> percentile)	Median (25 <sup>th</sup> -75 <sup>th</sup> percentile)	
Maternal education (year)	0.0 (0.0-1.0)	2.0 (0.0-5.0)	-5.774;0.001
Paternal education (year)	3.5 (0.0-5.0)	5.0 (3.0-8.0)	-3.870;0.001
Number of children	5.0 (3.0-6.0)	3.0 (2.0-4.0)	-7.791;0.001
Household size	8.0 (7.0-10.0)	5.0 (4.0-7.0)	-9.217;0.001
<b>Economic situation</b>	<b>% n</b>	<b>% n</b>	<b>X<sup>2</sup>, p</b>
Poor	69.1 (85)	30.9 (38)	27.77; 0.0001
Good	39.6 (89)	60.4 (136)	OR=1.7 (95% CI=1.4-2.1)

Table 2 presents the association between physical and psychomotor development and migratory farm worker situation. Children from migratory farm worker families had higher rates of stunting (43.1% migratory farm workers vs 21.3% non-farm workers), underweight (27.6% migratory farm workers vs. 13.2% non-farm workers), and wasting (8.0% migratory farm workers vs. 4.3% non-farm workers) ( $p < 0.05$  for all). As shown in Table, nearly 32% of children in the migratory farm worker sample had language-cognitive delay; 48.8% had fine motor development delay; 15.1% had gross motor development delay; and 19.2% had social skills/ self care developmental delay. This contrasts with non-farm worker families' children, who had respective developmental delay rates

of: 10.9%, 27%, 9.8% and 3.4 %. In preliminary analyses, two PHC's data were combined (a variable created named farm worker situation was coded as farm worker and non-farm worker), and the influence of background variables was tested. Maternal education, economic situation and farm worker situation were significantly related to stunting ( $p < .05$ ). No significant relationship was found between stunting and paternal education, maternal/ paternal age, and number of children or household size ( $p > .05$ ). In logistic regression analysis with forced entry of all variables, those variables that showed significant relationships in our univariate analyses were examined.



Table 2. Association between child growth / psychomotor development and migratory farm worker status

		Growth		
Migratory farmworker status		Height for age ≤ -2SD % (n)	Weight for age ≤ -2SD % (n)	Weight for height ≤ -2SD % (n)
Yes		43.1 (75)	27.6 (48)	8.0 (14)
No		21.3 (37)	13.2 (23)	4.3 (6)
$\chi^2$ p	OR	19.012; 0.001	11.059; 0.001;	9.256; 0.001
	(CI 95%)	2.8 (1.8-4.5)	2.5 (1.4-4.3)	2.3 (1.2-4.1)

Delay in psychomotor development (AGTE Inventory)

Migratory farm worker status	Linguistic-cognitive % (n)	Fine Motor % (n)	Gross Motor % (n)	Social Skills/Self-Care % (n)	General Development % (n)
Yes	32.6 (56)	48.8 (84)	15.1 (26)	19.2 (33)	22.1 (38)
No	10.9 (19)	27.0 (47)	9.8 (17)	3.4 (6)	14.9 (26)
$\chi^2$ p	23.9; 0.001	17.5; 0.001	2.27; 0.001	21.4 ; 0.001	2.9; 0.001
OR (CI 95%)	3.9 (2.2-6.9)	2.5 (1.6- 4.0)	1.6 (1.2-3.1)	6.6 (2.7-16.3)	1.6 (1.1-2.8)

Table 3 displays the results of our logistic regression models for stunting. In this multivariate model, maternal education (OR

0.88; 95% CI = 0.78-0.99; p=0.040) and farm worker status (OR=2.36, 95% CI=1.42-3.90) significantly predicted stunting.

Table 3. Factors associated with the risk for stunting (Logistic regression analysis)

	B	P	OR	%95 CI	
Gender (male vs female)	0.234	0.328	1.26	0.79	2.02
Maternal education (year)	-0.125	0.040	0.88	0.78	0.99
Children of farm workers (y vs n)	0.856	0.001	2.36	1.42	3.90
Poor economic situation (y vs n)	0.112	0.660	1.11	0.68	1.83

Discussion

Anthropometric indices such as weight and height are used as important criteria in growth and nutritional assessment of children. Particularly for children under five years of age, adequate nutrition is a critical

developmental factor. Nearly 43% of farm workers' children who were included in this study were stunted. İnandı and Akbaba (1996) reported that the prevalence of stunting was 45.3% in this group.<sup>24</sup> Stunting was about 2.4 times higher among children

in farm worker families, and maternal education was determined as another significant variable on growth. The results of this study should be viewed in the light of a number of limitations. Because of cross-sectional nature of this study, it is difficult for us to draw conclusions about any causal relationship between child growth-development, and migratory farmworks and maternal education. However, additional research is needed to replicate these findings and to investigate the potential underlying mechanisms that explain the differentials association of child growth and farmwork' risk factors such as duration of work, exposures and maternal health indicators. Therefore, despite the limitations of the cross-sectional design, our sampling frame in both the migratory farm workers and non-farm workers samples generated empirical knowledge to describe the growth and psychomotor development of children in this vulnerable population.

According to data from the 2003 Population and Health Survey in Turkey, 22.1% of children below 5 years of age living in Eastern Anatolia were found to be stunted (Turkey 12.1%).<sup>25</sup> Stunting is directly related to chronic malnutrition, along with infectious diseases and genetic factors.<sup>12-13</sup> However, low height for age in developing countries is also considered an issue of environmental adaptation by some experts.<sup>26</sup> Poor housing, limited sanitation facilities, inadequate diets, substandard health care, and overcrowded and unsanitary conditions are major causes of general poor health among migratory farm workers' children.<sup>15-16</sup>

Most agricultural workers in the world have low educational level. In view of maternal education, researchers have incorporated a causal role for education in theoretical health production and health demand models in two ways. A number of researchers have posited that more educated mothers might produce better health because they combine health inputs more efficiently. For example, more educated mothers may use the optimal amount of preventative care by visiting doctors at a rate that more effectively

prevents serious illnesses, or take preventive measures like immunization. This causal pathway has been given the label "allocative efficiency." Other researchers have posited that education directly affects the amount of health a woman can produce with a given set of inputs. A more educated woman might produce more health from a given set of inputs if, for example, her education taught her what combinations of food yield the most nutrients. Similarly, more educated women might produce more health from given inputs because their education makes it more likely that they carefully follow the treatment plan that doctors prescribe. This causal pathway has been given the label "productive efficiency".<sup>27-32</sup>

On the other hand, education level effects beliefs, and life style. One general belief among Latino agricultural workers is that the locus of health or illness is outside the control of the individual, whether due to supernatural causes or to God's will. This belief limits farm workers' usage of preventive measures<sup>33-34</sup>. Thus, building the capacity of mothers through basic education is a key long-term strategy to improve child health in developing-countries communities. More work is needed to develop shorter-term maternal educational strategies targeted toward improving child health outcomes for migratory farm workers. The seasonality of agricultural production and the resulting intensive periods of labor are overarching characteristics of the industry that affect the ability to attending the school. Finally, agricultural workers have limited access to health care, and education services.<sup>35</sup>

It was found that approximately 32% of the children in our farmworker sample had poor linguistic-cognitive skills, 48.8% had poor fine motor development, 15.1% had poor gross motor development, and 19.2% had poor social skills and self-care. In recent years, there have been increasingly sophisticated attempts to combine environmental, social and personal components that are known to contribute to psychomotor development.<sup>36</sup>

Due to the complexity of farm workers' problems, primary healthcare services should be organized for his underserved children. As is known, primary health care services were defined in 1978, when representatives from 134 countries gathered in Alma-Ata declared that primary health care, "based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible through people's full participation", was key to delivering cost effective health interventions for all by the year 2000. The Declaration of Alma-Ata articulated primary health care as a set of guiding values for health development, a set of principles for the organization of health services, and a range of approaches for addressing priority health needs and the fundamental determinants of health. Recent years have seen a renewed interest in primary healthcare, particularly in low-income and middle-income countries. Reasons for this renewed interest include profound inequities in health; inadequate progress towards the Millennium Development Goals, especially in developing countries.<sup>37</sup>

The prevention of disease and health promotion is a major goal of public health programs. Primary health care systems should play a key role in physical, psychosocial and motor development in partnership with social services and other health-related organizations. To prevent psychomotor problems, primary healthcare workers must possess the knowledge and skills to assess factors relevant to child psychosocial and motor development, while providing families with preventive approaches that build upon existing strengths. Additionally, awareness of migratory farm workers and community-based monitoring programs can be launched to teach parents/ caregivers to provide beneficial physical and psychomotor development tools to their children.

Efforts have been made to improve the rights of children with regard to health and social care, but migrant workers' children remain marginalized. This

disadvantaged group needs targeted preventive measures, including regular monitoring of growth and development in the fields and primary care activities provided by mobile clinics, including nutritional support, safe water and sanitation services. It is our hope that the findings of this study will be of help in future planning and create a stronger public health infrastructure to meet the needs of children of migratory farm workers. Moreover, we hope that it will inspire integrative and interdisciplinary efforts to conduct comprehensive needs assessments for the overall health and strength of farm worker children.

### Acknowledgements

We would like to express our special thanks and gratitude to the UN and the Sabanci Foundation Joint Program for supporting this research, and to all the families and children who participated. We owe a special dept of gratitude to our Health Care Centers' teams and our intern doctors, whose untiring efforts and devotion made possible the successful implementation of this survey.

### References

1. Cross AW. Maternal and child health. In: Wallece RB, Doebbeling BN, and Last JM, editors. Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine. 14th ed. Appleton and Lange, Stanford-Connecticut; 1998. p. 1173-1175.
2. Grigsby DG, Shashidhar HR. Malnutrition [online]. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/985140-overview>. Accessed April 1, 2009.
3. World Health Organization. Malnutrition [online]. Available at: [www.http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/malnutrition/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/malnutrition/en/). Accessed April 2, 2009.
4. TURKSTAT. Turkey's Statistical Yearbook. Ankara, 2007.
5. Lee CV, McDermott SW, Elliott C. The delayed immunization of children of

- migrant farm workers in South Carolina. Public Health Rep 1990;105(3):317-320.
6. Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute. Ped Emerg Med 2004;5:120-129.
  7. Villarejo D. The Health Of U.S. Hired Farm workers Annu. Rev Public Health 2003;24:175-193.
  8. Dentinger CM, Heinrich NL, Bell BP, *et al.* A prevalence study of hepatitis A virus infection in a migrant community: Is hepatitis A vaccine indicated? J. Pediatr 2001;138:705-709.
  9. Kupersmidt JB, Martin SL. Mental health problems of children of migrant and seasonal farm workers: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36 (2): 224-232.
  10. Martin SL, Kupersmidt JB, Harter KS. Children of farm laborers: utilization of services for mental health problems. Community Ment Health J 1996; 32 (4):327- 340.
  11. Larson OW3rd, Doris J, Alvarez WF. Migrants and maltreatment: comparative evidence from central register data. Child Abuse Negl 1990;14 (3):375-385.
  12. Ratcliffe SD, Lee J, Lutz LJ, *et al.* Lead toxicity and iron deficiency in Utah migrant children. Am J Public Health 1989; 79 (5): 631-633.
  13. Nurko C, Aponte-Merced L, Bradley EL, Fox L. Dental caries prevalence and dental health care of Mexican- American workers' children. ASDC J Dent Child 1998; 65 (1): 65-72.
  14. McCauley LA, Lasarev MR, Higgins G, *et al.* Work characteristics and pesticide exposures among migrant agricultural families: a community- based research approach. Environ Health Perspect 2001;109 (5):533-538.
  15. Von Essen SG, McCurdy SA. Health and safety risks in production agriculture. West J Med 1998; 169 (4): 214-220.
  16. Ward LS. Preliminary Tests of an Ecological Model of Hispanic Farmworker Health. Public Health Nursing 2007; 24: 554-564.
  17. Hansen E, Donohoe M. Health issues of migrant and seasonal farm workers. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 2003;14 (2):153-164.
  18. Şimşek Z, Kurçer MA, Kayahan M, *et al.* Yoksulluk ve çocuklarda büyüme-gelişme Toplum ve Sosyal Hizmet 2004;15(2):73-82.
  19. Erol N, Sezgin N, Savaşır I. Gelişim Tarama Envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları. Türk Psikoloji Dergisi 1983;8(29):16. (In Turkish)
  20. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. 0-6 yaş çocukları için Gelişim Tarama Envanteri Geliştirilmesi: Ön çalışmalar. Türk Psikiyatri Dergisi 1992;3(2): 33. (In Turkish)
  21. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı (2<sup>nd</sup>edit.), Ankara 1998.(In Turkish)
  22. WHO. Global Database on Child Growth and Malnutrition. World Health Organization/Department of Nutrition for Health and development. CH-1211 Geneva. Accessed April 1, 2009.
  23. Dibley MJ, Goldsby JB, Staehling NW, Trowbridge FL. Development of normalized curves for the international growth reference: historical and technical considerations. An J Clin Nutr 1987;46: 736-748.
  24. İnandı T, Akbaba M. Doğan kent, Solaklı ve Yüzbaşı Sağlık Ocakları bölgesine gelen mevsimlik tarım işçilerinin 1-6 Yaş Çocuklarında Malnutrisyon Prevelansı. Toplum ve Hekim Dergisi 1996; 11 (73): 2-5.
  25. Tunçbilek E, Kurtuluş E, Hancıoğlu A. Nutrition (Section 10). Turkey Population and Health Survey 2003. Hacettepe University Population Study Institute ve Macro International Inc.129.
  26. Suthpen LJ. Growth as a measure of nutritional status. Journal of Pediatric

- 
- Gastroenterology and Nutrition 1985;14: 1698-181.
27. Glied S, A Lleras-Muney. "Health inequality, education and medical innovation." NBER Working Paper No. 9738, 2003.
28. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 1972; 80:223-255.
29. Grossman M. The human capital model. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Press; 2000. p. 347-408.
30. Hartog J, Oosterbeek H. Health, wealth and happiness: why pursue a higher education? *Economics of Education Review* 1998; 17(3):245-256.
31. Kenkel DS. Prevention. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Press; 2000. p. 1675-1720.
32. Rosenzweig MR, Schultz TP. The behavior of mothers as inputs to child health: the determinants of birth weight, gestation, and rate of fetal growth. In: Fuchs VR, editor. *Economic Aspects of Health*. Chicago: Chicago University Press; 1982. p. 53-92.
33. Mainous AG, Diaz VA, Carnemolla M. Factors affecting Latino adults' use of antibiotics for self-medication. *J Am Board Fam Med* 2008;21:128-134.
34. Cathcart S, Feldman SR, Vallejos Q, *et al*. Self-treatment of contact dermatitis with bleach in a Latino farmworker. *Dermatitis* 2008;19:102-104.
35. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farm workers. *Annu Rev Public Health* 2007; 28:345-363.
36. Kumar R, Aggarwal AK, Kaur M, Iyengar SD. Factors influencing psychosocial development of preschool children in a rural area of Hayrana, India. *J Trp Pediatr* 1997;43 (6): 324-329.
37. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, *et al*. *Alma-Ata: Rebirth and revision 2 supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews*. *Lancet* 2008; 372:928-39.

### Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif kullanımı konusundaki görüşleri

Burcu Tokuç<sup>a</sup>, Ufuk Berberoğlu<sup>a</sup>, Gamze V. Saraçoğlu<sup>b</sup>, Ülfiye Çelikkalp<sup>c</sup>

#### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik öncesi cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif yöntem kullanımı konusunda görüşlerini belirlemek ve toplumsal değer yargılarını mesleki yaşantılarına yansıtılmaları konusunda farkındalık yaratmaktır. **Yöntem:** Kesitsel olarak planlanan araştırmaya, Mayıs-2008'de Trakya ve Namık Kemal Üniversitesi sağlık yüksek okullarında öğrenim gören toplam 338 ebek ve hemşirelik öğrencisinin katılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 25 maddelik bir soru formu ile toplanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 20.9±1.6'dır ve %97'si kadındır. Öğrencilerin %66.9'u "evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmek yanlıştır"; %63.6'sı "evlilik dışı ilişkiler bizim ahlaki ve kültürel değerlerimizi tahrip ediyor"; %52.1'i "istemli düşük ahlaksal olarak yanlıştır"; yalnızca %2.1'i ise "kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi yalnızca evli çiftlere verilmelidir" önermesine katıldıklarını belirtmişlerdir. **Sonuç:** Geleceğin sağlık çalışanları evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif kullanımı ile ilgili konularda toplumsal değer yargıları ve mesleki yaklaşımları arasında ikilem yaşamaktadırlar. Evlilik dışı cinsel ilişki ve istemli düşükler ahlaksal olarak yanlış bulunurken; planlanmamış bir gebelik durumunda istemli düşüğün kabul edilebileceğini ve evli olmayan genç kadınların istemli düşük hizmetlerinin, kürtajın fiziksel ve psikolojik sonuçlarını da kapsayacak şekilde verilmesi bu ikilemi açıkça göstermektedir. Sağlık alanında toplumsal değer yargılarının mesleki bağımsızlığı ve tıbbi etik yaklaşımları etkilemesi olasılığını en aza indirmek amacıyla müfredat gözden geçirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Üreme sağlığı hizmetleri, evlilik öncesi cinsel ilişki, ergenler, mesleki tutum, kültürel değerler, ebek ve hemşirelik eğitimi

### Opinions of health college students on premarital sex, induced abortions and contraceptive use of young people

#### Abstract

**Objective:** The aim of the study was to investigate the health college students' opinions towards premarital sexual intercourse, induced abortion, and contraceptive use and to raise awareness about not to pass social and cultural values through to their professional life.

<sup>a</sup>Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

<sup>a</sup>Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

<sup>b</sup>Yrd. Doç. Dr. Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tekirdağ

<sup>c</sup>Öğr. Gör. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Tekirdağ

**Sorumlu Yazar:** Burcu Tokuç, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne. Tlf: 0505 6177812, E-posta: burcutok@yahoo.com

Bu araştırma, 2009 Dünya Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.



**Method:** The cross-sectional study was conducted in Edirne and Tekirdağ health colleges with participation of 338 nursing and midwifery students, in May-2008. A 25 item questionnaire form prepared by researchers was used for collecting data. **Results:** The mean age of the participants is 20.9±1.6 and 97% of them are women. Of the students, 66.9% expressed that “premarital sex is unacceptable in premarital period”; 63.6% “fornication was battered our moral and cultural values”; 52.1% “curettage morally wrong” and only 2.1% of the students said they participated the “only married couples should be enlightened about contraceptive methods” proposition. **Conclusion:** Findings displayed a dilemma of the health professional of the future between society’s condemnation and ethic rules of their profession about premarital sexual intercourse, induced abortions and contraceptive use of unmarried couples. Although most of the students believe premarital sexual intercourse and abortion morally wrong, they said adolescent abortion is acceptable in case of unplanned pregnancy and abortions services for unmarried young women should be comprised the physical and psychological consequences of induced abortions. Midwifery and nursing education should be considered in order to rule out the impact of the cultural values on professional independence and ethical approaches.

**Key Words:** Reproductive health services, premarital sexual intercourse, adolescents, professional attitude, cultural values, midwifery and nursing education

## **Giriş**

Dünya Sağlık Örgütü 15-24 yaş grubunu genç insanlar olarak sınıflandırmaktadır.<sup>1</sup> Gençlik dönemi genel olarak erişkin dönem yaşam tarzının belirlendiği özel bir dönemdir. Bu süreçte gençler birçok yeni norm, değer ve yaklaşımı benimseyerek bunları davranışlarına yansıtırlar. Gençler, cinsellik ve üreme davranışları ile ilgili norm ve değerlerini bu dönemde belirlerken pek çok bireysel ve toplumsal etmeden etkilenirler.<sup>1</sup>

Gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık sorunları gereksinimleri, sorun ve hakları özellikle son 25 yılda gündemdedir ve karşılan(a)mayan üreme sağlığı gereksinimleri dünyada ve ülkemizde önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Karşılan(a)mayan üreme sağlığı gereksinimleri istenmeyen gebelikler, ergenlik dönemi gebelikleri, sağlıklı düşükler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile sonuçlanmaktadır.<sup>2</sup> Bir sorunu görmezlikten gelmek o sorunun olmadığı anlamına gelmemekte, gençler cinselliklerini yaşamakta ve istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile karşılaşmaktadırlar. Yaşanan bu sağlık sorunlarının bedeli kimi kez çok ağır ödenmektedir.

Cinselliğin evlilikle bağdaştırıldığı toplumlarda evlilik dışı cinsel ilişki; inkar, yasaklama ya da suskunlukla karşılanmakta ve bekar gençlerin üreme sağlığı hizmeti gereksinimi göz ardı edilmektedir.<sup>2</sup> Sağlık çalışanlarının mesleki yaşantılarına toplumsal değer yargılarını yansıtmaları sunulan üreme sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve kullanılabilirliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sağlık çalışanları arasında en önemli grubu gençlerle ilk karşılaşan ebe ve hemşireler oluşturmaktadır. Bu yüzden, gençlere verilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve kullanılabilirliğini artırmak için, geleceğin sağlık çalışanları sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif kullanımı konusunda değer yargıları ve tutumlarını bilmek önemlidir.

Bu gerekçelerle çalışmamızın amacı; sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik öncesi cinsel ilişki, istemli düşükler ve evli olmayan çiftlerin kontraseptif yöntem kullanımı konusunda görüşlerini belirlemek ve toplumsal değer yargılarını mesleki yaşantılarına yansıtılmaları konusunda farkındalık yaratmaktır.



## Yöntem

Kesitsel tipte olan çalışma 2008 yılı Mayıs ayında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi (Edirne) ve Namık Kemal Üniversitesi (Tekirdağ) sağlık yüksekokullarında okuyan toplam 471 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılabileme ölçütleri sağlık yüksekokulu öğrencisi olmaktır. Yüksekokul öğrencilerinden 338'i araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve araştırmaya katılım oranı %71.7 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanmış 25 maddelik bir soru formu ile toplanmıştır. Soru formunun ilk altı sorusu öğrencilere ait temel demografik verileri ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır (cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşanan yer). Kalan 19 soru ise daha önce yapılan kimi çalışmalar doğrultusunda araştırmacılar tarafından üçlü Likert Tipi (katılıyorum, katılmıyorum, kararsızım) şeklinde hazırlanmıştır. Form evlilik dışı cinsel ilişki (11 soru), istemli düşükler (5) ve kontraseptif kullanımı (3) hakkında sağlık yüksekokulu öğrencilerin görüşlerini sorgulayan üç bölümden oluşmaktadır.

Araştırma için her iki Yüksekokul Müdürlükleri'nden gerekli izinler alınmış ve araştırma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Tüm öğrenciler araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve öğrenciler soru formunun ilk sayfasında araştırmaya katılma konusunda gönüllü imza ile beyan etmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilere ödül, para, ek puan vb. gibi herhangi bir destek verilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler, sınıf ortamında ve gözlem altında yaklaşık 10 dakikada soru formlarını doldurmuşlardır.

Tanımlayıcı istatistiksel analizler sonrasında, karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde  $\chi^2$  (ki-kare) analizi yapılmış ve sonuçlar %95 güven aralığında çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin 327'si (%97) kadın, 11'i (%3) erkektir ve yaş ortalaması  $20.9 \pm 1.6$  (18-27)'dir. On iki öğrenci (%3.6) evli, 324 öğrenci (%95.9) bekarıdır. Öğrencilerin 78'i (%23.1) ailesi ile birlikte, 73'ü (%21.6) arkadaşları ile birlikte, 168'i (%49.7) öğrenci yurdunda kalmaktadır. Öğrencilerin 142'si (%42.0) yüksekokula başlamadan önce il merkezinde, 138'i (%40.8) ilçe merkezinde, 24'ü (%7.1) belde ve 25'i (%7.4) köyde yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin tamamının dini inancı İslam'dır.

Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki konusundaki görüşleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak sunulmuştur. Öğrencilerin %69.2'si bir kadının evlendiğinde bakire olması gerektiğine, %66.9'u evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmenin yanlış olduğuna, %63.6'sı evlilik dışı ilişkilerin ahlaki ve kültürel değerlerimizi tahrip ettiği önermesine katıldıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %49.7'si erkeğin kendisi ile evlenmeden cinsel ilişkiye giren bir kıza saygı göstermeyebileceği fikrine ve %45.9'u evlilik öncesi seksten kaçınmanın ve bakire olmanın kişinin saygınlığını arttırdığına "katıldıklarını"; %63.6'sı evlenmeyi düşündükleri bir kişi ile evlilik öncesi cinsel ilişkiye girme fikrini kabul etmediklerini belirtmiştir (Tablo 1).

Sosyo-demografik özelliklerine göre öğrencilerin evlilik dışı cinsel ilişki konusundaki görüşleri değerlendirildiğinde, "evlenmeyi planladığımız bir kişi ile evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmek kabul edilebilir" ( $p=0.01$ ,  $\chi^2=8.9$ ) ve "evlilik dışı cinsel ilişkinin sonuçlarına kadın tek başına katlanmalıdır" ( $p=0.04$ ,  $\chi^2=6.2$ ) önermelerine verilen yanıtlarda cinsiyete göre fark bulunmuştur. Erkekler daha yüksek sıklıkta birinci önermeye katıldıklarını, ikinci önermeye ise katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 1. Öğrencilerin evlilik dışı cinsel ilişkiye bakışları

Önermeler	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Yanıtsız n (%)
Bir kadın için evlendiğinde bakire olması önemlidir.	324 (69.2)	72 (21.3)	32 (9.5)	-
Evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmek yanlıştır	226 (66.9)	79 (23.4)	30 (8.9)	3 (0.9)
Erkekler evlenmeden önce cinsel ilişkiye girebilir.	82 (24.3)	189 (55.9)	63 (18.6)	4 (1.2)
Evlenmeyi planladığımız bir kişi ile evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmek kabul edilebilir.	60 (17.8)	215 (63.6)	58 (17.2)	5 (1.5)
Bir erkek kendisi ile evlenmeden cinsel ilişkiye giren bir kıza saygı göstermeyebilir.	168 (49.7)	113 (33.4)	92 (15.4)	5 (1.5)
Kızlar evlilik öncesi cinsel ilişkiye girerse cezasını çekmelidir.	24 (7.1)	270 (75.9)	42 (12.4)	2 (0.6)
Evlilik dışı cinsel ilişkinin sonuçlarına kadın yalnız başına katlanmalıdır.	14 (4.1)	309 (91.4)	15 (4.4)	-
Evlilik öncesi seksten kaçınmak ve bakire olmak kişinin saygınlığını artırır	155 (45.9)	130 (38.5)	52 (15.4)	1 (0.3)
Evlilik öncesi seksten kaçınmak ve bakire olmak sağlıklı bir yaşam biçimidir.	194 (57.4)	83 (24.6)	59 (17.5)	2 (0.6)
Evlilik dışı kurulan cinsel ilişkide kadın ve erkeğin sorumlulukları eşittir.	309 (91.4)	14 (4.1)	13 (3.8)	2 (0.6)
Evlilik dışı ilişkiler bizim ahlaki ve kültürel değerlerimizi tahrip ediyor.	215 (63.6)	58 (17.2)	63 (18.6)	2 (0.6)

Araştırmaya katılan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin istemli düşükler konusundaki görüşleri Tablo 2’de verilmiştir. Öğrencilerin %52.1’i istemli düşüğün ahlaksal olarak yanlış olduğuna “katıldıklarını” belirtmişlerdir. “Planlanmamış bir gebelik durumunda, adölesan kızların kürtaj yaptırması kabul edilebilir” önermesine ise yalnızca %37.9’u katılmış, %25.7’si kararsız kalmıştır (Tablo 2).

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre istemli düşükler konusundaki görüşleri arasında fark yoktur.

Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kontraseptif yöntem kullanımı ile ilgili görüşleri Tablo 3’te sunulmuştur. Öğrencilerin büyük çoğunluğu “kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi yalnızca evli çiftlere verilmelidir” (%95.6) ve “doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak isteyen bekar kızlar, kötü kızlardır” (%96.2) önermelerine katılmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin istemli düşük (kürtaj) konusundaki görüşleri

Önergeler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Yanıtsız
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Türkiye’de evlenmemiş genç kadınlarda istemli düşük (kürtaj) oranı artmaktadır.	283 (83.7)	12 (3.6)	42 (12.4)	1 (0.3)
İstemli düşük (kürtaj) ahlaksal olarak yanlıştır.	176 (52.1)	97 (28.7)	56 (16.6)	9 (2.7)
Planlanmamış bir gebelik durumunda, adölesan kızların kürtaj yaptırması kabul edilebilir.	128 (37.9)	120 (35.5)	87 (25.7)	3 (0.9)
Evlilik öncesi cinsel ilişki olmaması evlenmemiş genç kadınlarda kürtaj sayısını azaltmak için en iyi çözümdür.	165 (48.8)	99 (29.3)	67 (19.8)	7 (2.1)
Evli olmayan genç kadınlar için istemli düşük (kürtaj) hizmetleri, kürtajın fiziksel ve psikolojik sonuçlarını da kapsayacak şekilde verilmelidir.	305 (90.2)	16 (4.7)	12 (3.6)	5 (1.5)

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre kontraseptif kullanımı konusundaki görüşleri arasında “doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak isteyen evlenmemiş çiftler sorumluluk örneği göstermektedirler” önermesine verilen yanıtlarda cinsiyete göre fark bulunmuştur ( $p=0.02$ ,  $\chi^2= 7.4$ ). Erkekler daha yüksek oranda katıldıklarını belirtmişlerdir.

### Tartışma

Sunulan çalışmada toplumumuzun geneli tarafından önemli ahlaki konular arasında yer alan evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşük ve kontraseptif yöntem kullanımı gibi konular ele alınmıştır. Çalışmada, gelecekte sağlık çalışanları olarak görev yapacak olan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin toplumun bir parçası olarak bahsedilen konularda benzer yaklaşımları olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda evlilik dışı ilişkilerin kültürel değerleri tahrif ettiği görüşüne öğrencilerin %63.6’sı katılırken;

üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısının evlilik öncesi cinsel ilişkinin sosyal düzeni bozduğunu belirlenmiştir.<sup>3</sup> Çalışmamızda evlilik dışı ilişkinin yanlış olduğunu düşünenlerin sıklığı %66.9’dur. Erbil ve Top’un çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak üniversite öğrencilerinin %69’u evlilik öncesi cinsel ilişkiye karşı olduklarını belirtmişlerdir.<sup>4</sup> Sonuçların benzerliğinden yola çıkarak sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aldıkları mesleki eğitimden bağımsız olarak içinde yaşadıkları toplumla ortak kültürel değerleri taşıdıkları söylenebilir. Buna karşın çoğu bekar olan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin (%95.9) kontraseptif kullanımı ve istemli düşükler konusunda katıldıklarını belirttikleri görüşler aldıkları eğitimin etkisini de yansıtmaktadır.

Öğrencilerin 2/3’ü evlilik dışı cinsel ilişkiyi yanlış bulsa da, daha az bir sıklıkla evlilik öncesi seksten kaçınmanın ve bakire olmanın sağlıklı bir yaşam biçimi olduğu (%57) ve kişinin saygınlığını artırdığını

(%46) söylemiştir. Ancak, toplum tarafından dışlanma, kötü gözle bakılma, taciz edilme gibi yollarla cezalandırılan evlilik dışı cinsel ilişkiye girmiş kadınlara öğrencilerin büyük çoğunluğu (%90.2) sorumlu bir sağlık çalışanı yaklaşımı ile “evli olmayan genç kadınlar için istemli düşük hizmetleri, kürtajın fiziksel ve psikolojik sonuçlarını da kapsayacak şekilde

verilmelidir” önermesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Birçok uluslararası çalışma, bizim çalışmamızdaki öğrencilerde olduğu gibi, üreme sağlığı hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin toplumsal ve mesleki değerler arasında sıkça ikilem yaşadığını ortaya koymuştur.<sup>5,6</sup>

Tablo 3. Öğrencilerin evli olmayanların kontraseptif kullanımı ile ilgili görüşleri

Önermeler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Yanıtsız
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi yalnızca evli çiftlere verilmelidir.	7 (2.1)	323 (95.6)	6 (1.8)	2 (0.6)
Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak isteyen bekâr kızlar, kötü kızlardır.	6 (1.8)	325 (96.2)	5 (1.5)	2 (0.6)
Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak isteyen evlenmemiş çiftler sorumluluk örneği göstermektedirler	271 (80.2)	29 (8.6)	35 (10.4)	3 (0.9)

Bu çalışmada öğrencilerin sahip olduğu benzer bir ikili bakış açısı, istemli düşükler için de söylenebilir. Öğrencilerin yarısı toplumsal değer yargılarına paralel olan “istemli düşük ahlaksal olarak yanlıştır” görüşüne katılsa da; %38’i meslek etiğine uygun olarak, “planlanmamış bir gebelik durumunda genç kızların kürtaj yaptırması kabul edilebilir” görüşüne katıldığını, %26’sı da bu konuda kararsız olduğunu bildirmişlerdir. Konya’da ebelik öğrencilerinde yapılan çalışmada da bulgularımıza benzer olarak öğrencilerin %51’i kürtajı ahlaki olarak yanlış bulmuş; %38’i istemediği bir gebeliği sürdürmenin bir genç kız için kabul edilemez olduğu görüşüne katılmıştır.<sup>7</sup> Bulgular toplumun içinden çıkan sağlık çalışanlarının meslek uygulamaları sırasında toplumsal değer yargılarını yansıtmamaya çalıştıklarını göstermektedir.

Toplumların kültürü, gelenekleri, dini yapısı vb kimi özellikleriyle şekillenen ‘toplumsal cinsiyet’ olgusuna baktığımızda, her toplumda farklı boyutlarda olmak üzere kadınların cinselliğinin denetlendiği görülmektedir.<sup>8</sup> Buna paralel olarak kadınların evlilik dışı ilişki kurmaları da toplumsal olarak ‘kabul edilemez’ bir durumdur. Böyle bir toplumsal cinsiyet ortamı, evlilik dışı cinsel ilişki kuran genç bir kadının sağlık hizmetine erişiminin önünde önemli bir bariyerdir. Buna ek olarak sağlık çalışanlarının toplumun hakim kültürel ve ahlaki değerlerini mesleki uygulamalarına yansıtması, sağlık hizmeti almaya gelenlerin sağlık hakkını kullanmalarını engelleyebilir. Diğer yandan neredeyse tamamının (%97) kadın olduğu araştırma katılımcılarının genç kızlar için biçilmiş toplumsal cinsiyet rolünü içselleştirmiş oldukları da ortaya çıkmaktadır.

Sunulan çalışmada da geleceğin ebe-hemşireleri olacak sağlık yüksekokulu öğrencilerinin, gençlerin evlilik dışı cinsel ilişki kurması, istemli düşükler ve kontraseptif yöntem kullanımı gibi hassas konularda meslek etiği kurallarını dikkate alan yaklaşımlarının toplumsal ahlaki değer yargılarından etkilendiği söylenebilir. Değerlendirmemizi destekleyen bir çalışma da Vietnam'da yapılmıştır; düşük kliniklerinde çalışan ve sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarında ergenlerde evlilik dışı cinsel ilişkiyi ve kürtajı onaylamasa da, kürtaj için gelen genç hastalarına hizmet verdiklerini söylemişlerdir.<sup>9</sup> Temel yaklaşım mesleki uygulamaların toplumsal değer yargılarından etkilenmesini engelleyecek mekanizmalar üretilmesi şeklinde olmalıdır.

Ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda ikiyüzlü bir ahlak anlayışı vardır. Araştırmacılar gelecekte üreme sağlığı hizmetlerini de sunacak olan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin toplumun cinsiyet eşitliği konusundaki yaklaşımlarına daha fazla tepki göstereceğini beklerken; araştırmaya katılan öğrencilerin %24'ü "erkekler evlenmeden önce cinsel ilişkiye girebilir" önermesine katıldığını, %19'u da bu konuda "kararsız" kaldığını belirtmiştir. Ama aynı öğrencilerin %91'i "evlilik dışı cinsel ilişkinin sonuçlarına kadın yalnız başına katlanmalıdır" önermesine ve %96'sı da "doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi almak isteyen bekar kızlar, kötü kızlardır" önermesine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizle cinsiyet ve evlilik dışı cinsel ilişkiye toplumsal bakışı benzer olan Vietnam'da, yapılan bir çalışmada öğrencilerin tamamına yakını erkeklerin de evlilik dışı cinsel ilişkiye girmesini yanlış bulmuştur.<sup>10</sup> Ülkemizde halen evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi erkekler için toplumsal onay görürken, kızlar için töre cinayetlerine varan bir toplumsal tepkiye neden olabildiği göz önüne alındığında öğrencilerin böyle bir ikilem içinde olmaları doğal görünmektedir. "Evlenmeyi planladığınız bir kişi ile evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmek kabul edilebilir" ve "evlilik dışı cinsel ilişkinin sonuçlarına

kadın tek başına katlanmalıdır", "doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak isteyen evlenmemiş çiftler sorumluluk örneği göstermektedirler" önermelerine verilen yanıtlarda cinsiyete göre fark bulunması ve erkek öğrencilerin sürece daha açık fikirli bakmaları tam da toplumsal cinsiyet kalıplarına uygun elde edilmiş sonuçlardır. Türkiye gibi nüfusun çoğunun Müslüman ve cinselliğin tabu olduğu ülkelerde erkekler daha özgür yaşamakta, üzerlerinde daha az toplumsal baskı hissetmektedirler. Kız öğrenciler ise toplumun kendilerine biçtikleri toplumsal cinsiyet rollerinden daha derinden etkilenmekte, yaşadıkları çevre, toplumsal/kültürel baskı kendi kendilerini sınırlandırmalarına yol açmaktadır. Bulgularımız kız öğrencilerin, bahsedilen konularda erkek öğrencilere kıyasla değer yargıları ile mesleki etik değerleri arasındaki daha derin bir ikilem yaşayabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu iki ayrı bakış açısı Vietnam'da yapılan çalışmada olduğu gibi "toplumsal değer yargıları" ve "sağlık bakımı etiği" olarak kavramlaştırılabilir.<sup>10</sup> Botes'in de önerdiği gibi sağlık hizmeti sunanlar, sağlık bakımı verirken adil ve tarafsız olmak için, kararlarında hem toplumsal değer yargıları hem de sağlık hizmeti açısından bakmak zorundadırlar.<sup>11</sup> Bu iki bakış açısını "toplumsal değerler" ve "bakım etiği" olarak adlandırmak, birinin diğerinden daha insancıl ya da uygun olduğu şeklinde anlaşılmalı dahası, bunlar toplumdaki ahlaki nedensellik eğilimlerini kavramsallaştırmak için kullanılmalıdır.<sup>3</sup>

Sonuç olarak; gençlere üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerini de verecek olan ebe ve hemşireler toplumun katı ahlaki değerleri ve günümüzde hızla değişen gençlik kültürünün cinsel ilişki ve evlilik anlayışı arasında kritik bir noktada bulunmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının da toplumsal değer yargıları ile mesleki sorumlulukları arasında farkında olmadan ikilem yaşamalarına neden olabilir. Sağlık alanında öğrenim gören ya da çalışan profesyonellere mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle

yaşanması olası etik ikilemler ve korunmasız cinsel ilişkilerin yol açacağı istenmeyen sonuçlara dair bilgilendirmelere daha fazla yer verilmelidir. Öğrenciler doğru kararlar verme, değer yargılarından uzaklaşıp profesyonelce davranma ve gerektiğinde destek alabilme konusunda güçlendirilmelidir. Tüm bunlar ebe ve hemşirelerin üreme sağlığı hizmeti için başvuran gençlerle iletişimini kolaylaştıracak

ve hızla değişen toplumlarda karmaşık gerçeklerle daha kolay başa çıkmalarını sağlayacaktır.

Temel önerimiz sağlık alanında toplumsal değer yargılarının, mesleki bağımsızlığı ve tıbbi etik yaklaşımları etkilemesi olasılığını en aza indirmek amacıyla müfredat yenilenmeli ve hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesidir.

### **Kaynaklar**

1. UNFPA, Nüfusbilim Derneği. Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Araştırması Raporu. Ankara: Damla Yayıncılık; 2007. s.5.
2. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. STED 2004; 13(8): 286-9.
3. Kadioğlu H, Yıldız A, Ercan N, Ergun A. Üniversite öğrencilerinin cinsellik ve cinsel eğitim ile ilgili görüşleri. STED 2008; 17(3): 32-7.
4. Erbil N, Top F. Üniversite öğrencilerinin cinsellik bilgi, tutum ve davranışları. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 2005 s. 220-1.
5. Berggren V, Salam GA, Bergstöm S, Johanson E, Edberg A. An explorative study of Sudanese midwives motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. Midwifery 2004; 20: 299 -311.
6. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Female genital cutting: ethical and legal dimensions. International J Gyneocology and Obstetrics 2002; 79: 281-7.
7. Ege E, Akın B, Altuntuğ K. Opinions of midwifery students on adolescents sexuality and reproductive health in Turkey. Social Behavior and Personality 2008; 36(7): 965-72.
8. Acar-Savran G. Beden Emek Tarih. İstanbul. Kanat Kitap. 2004.
9. Klingberg-Allvin M, Nga NT, Ransjö-Arvidson AB, Johansson A. Midwives and doctors perspective on adolescent abortion care and contraceptive counseling in Vietnam. Scand J Public Health 2006; 34(4): 414-21.
10. Klingberg-Allvin M, Tam VV, Nga NT, Ransjo-Arvidson AB, Johannson A . Ethics of justice and ethics of care, values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: A survey by questionnaire and interview. International J Nursing Studies 2007; 44: 37-46.
11. Botes A. A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(5): 1071-5.



# Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve beklentileri

A.Öner Kurt<sup>a1</sup>, Gülçin Yapıcı<sup>a1</sup>, Tayyar Şaşmaz<sup>b1</sup>, Metin Uzabacı<sup>c1</sup>, Aksel Tol<sup>d1</sup>,  
İ.Hakkı Bozgedik<sup>e1</sup>, Güliz Öztürk<sup>f1</sup>

## Özet

**Amaç:** Bu çalışmada; Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütü olan tabip odası ile ilişkilerinin boyutu ve odadan beklentilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışmada Mersin ilinde görev yapan toplam 1875 hekim evren olarak kabul edildi, örnek olarak 550 hekimin çalışmaya alınması hedeflendi. Çalışmaya alınacak hekimler; görev yeri, kurum, unvan ve cinsiyet oranına göre ağırlıklandırılarak tabakalı sistematik örnekleme yöntemi ile belirlendi. Veriler Kasım-Aralık 2009 tarihlerinde anket formu kullanılarak toplandı. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler ve değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Hekimlerin %69.1'i erkek, %82.5'i evli, %80.9'u kamu sağlık kurumlarında çalışıyor, %37.6'sı pratisyen hekim olarak görev yapıyordu. Hekimlerin ortalama görev süresi 17.4±9.6 (1-52) yılı. Hekimlerin %77.1'i tabip odasına üye, %31.5'i son bir yılda tabip odası çalışmalarına katılmış ve %26.7'si bugünden sonraki süreçte tabip odası çalışmalarında görev almak istiyordu. Erkek, evli, özel sektörde çalışan, uzman olan, görev süresi 30 yıldan fazla olan ve çalışma koşullarının iyileştirilmesini bekleyen hekimlerin diğer gruplara göre tabip odasına daha fazla üye oldukları saptandı. Son bir yılda araştırma görevlileri tabip odası çalışmalarına daha az katılmıştı. Hekimlerin tabip odasından ilk sıradaki beklentisi; çalışma koşullarının iyileştirilmesiydi. **Sonuç:** Mersin'de dört hekimden birisinin tabip odasına üye olmaması, üçte ikisinin oda çalışmalarına katılmaması ve bugünden sonra da katılmayı düşünmemesi, hekimlerin örgütlü yaşamın gereklerini yeterince yerine getirmediğini ve meslek örgütlerine çok fazla sahip çıkmadığını düşündürmektedir. Tabip odaları üyelerinin odaya yaklaşımı ne olursa olsun, kuruluş amaçları ve üyelerinin beklentileri çerçevesinde daha fazla çaba göstermelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışma yaşamı, hekim, tabip odası

---

<sup>a</sup>Yrd. Doç. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin

<sup>b</sup>Doç. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin

<sup>c</sup>Dr. Tarsus 6 Nolu Sağlık Ocağı, Mersin

<sup>d</sup>Dr. Silifke Verem Savaş Dispanseri, Mersin

<sup>e</sup>Dr. Erdemli Limonlu Sağlık Ocağı, Mersin

<sup>f</sup>Arş.Gör.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

<sup>1</sup>Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyon Üyesi

**Sorumlu Yazar: A. Öner Kurt**, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin. Tlf: 0505 5861690, E-posta: onermersin@yahoo.com

Bu çalışma, 30 Eylül - 02 Ekim 2010 tarihinde Pleven/Bulgaristan'da yapılan *Public Health in the 21st Century - Realities and Perspectives* Kongresi ve 18-22 Ekim 2010 tarihinde İzmir'de yapılan *13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.



## The involvement of physicians in their professional organization and their expectations, Mersin

### Abstract

**Objective:** This study aims to assess the level of involvement of physicians in the Medical Chamber and their expectations from the Chamber in Mersin. **Method:** In this cross-sectional study, target population comprises a total of 1875 physicians working in Mersin. The sample consisted of 550 physicians. The participants were determined using stratified systematic sampling on the basis of place of duty, institution, and gender. The data were collected during November and December 2009, using a questionnaire. Descriptive statistics and the Chi-Square test were used in analysis. **Results:** Of all participants, 69.1% were male, 82.5% were married. 80.9% were working in public institutions, and 37.6% were working as general practitioner. The mean duration of working years of the physicians was 17.4±9.6 (1-52). 77.1% of the physicians were member of the Mersin Medical Chamber, 31.5% had participated in the activities of the Chamber over the last year and 26.7% wanted to take part in the activities of the Chamber in near future. It was found that physicians who are male, married, had a specialisation, were working in private sector, had a term of office over 30 years, and were demanding an improvement in working conditions had a higher rate of membership to the Chamber, compared to others. Over the last year, research assistants participated the activities of the Chamber less than the other physicians. The physicians' primary expectation from their Chamber was an improvement in working conditions. **Conclusion:** The fact that one in every four physicians was not a member of the Medical Chamber, and that two-thirds of the members had not participated in the activities and were not planning to participate in the future suggest that physicians do not support their professional organization and do not perform what is expected of them as a member. Medical Chambers should strive for more in light of their missions and the expectations of their members regardless of the attitudes of their members towards the organization.

**Key Words:** Work life, physician, medical chamber

### Giriş

Meslek örgütlerinin, mesleğe toplumda "rağbeti ve itibarı" artırmaya, mesleğe toplumda belli bir yer ve "farklılaşma" sağlamaya yönelik hedefleri vardır. Meslek odaları, üyelerinin ekonomik çıkarları ötesinde diğer varlık nedenleriyle uğraşmaya başladıkları andan itibaren ideolojik ve politik boyutları olan bir sürece girmektedir. Meslek odaları hem üyelerinin çıkarlarını ve taleplerini toplumun çıkarları potasında eriterek, üyelerin yararına olduğu kadar toplumun da yararına işler yapmaları sağlanmalıdır.<sup>1</sup> Türkiye'de hekimlerin meslek örgütü olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) 1953 yılında 6023 sayılı kanun ile kurulmuştur. Kuruluş amacı, hekimler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, hekimliğin kamu ve kişi yararına geliştirilmesini sağlamak ve üyelerinin maddi ve manevi hak ve menfaatlerini korumak olarak belirlenmiştir.<sup>2</sup> Ancak 02 Kasım 2011

tarihinde yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 6023 sayılı TTB Kanununun birinci maddesinde geçen "tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak" ibaresi kaldırılmıştır. Bu değişiklik TTB'nin kuruluş amacını olumsuz yönde etkileyecektir.<sup>3</sup> Türkiye'de halen 65 tabip odası mevcuttur. Tabip odaları, çalışmalarını TTB Merkez Konseyi koordinasyonunda yürütmektedir.<sup>4</sup>

Türkiye'de 1980 yılından sonra etkisini gösteren sağlıkta dönüşüm süreci, sağlık sektörünü bütün boyutlarıyla etkilemiştir. Reform adı altındaki dönüşüm programları; sağlık çalışanlarını iş güvencesiz, düşük ücretli ve kendi aralarında rekabete zorlayarak çalıştırmayı hedeflemektedir.<sup>5</sup> Ülkemizde 2002 Kasım ayından sonra<sup>6</sup> Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu tarafından desteklenen sağlık reformları<sup>7</sup> ile sağlık emek gücünün yapı ve niceliği farklı

şekillerde etkilenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programları sonucunda istihdam biçimlerinin esnekleştirilmesi ve ücretlendirmenin performansa dayandırılmasıyla sağlık çalışanlarının ücretlerinde azalma meydana gelmiştir. Sağlıkta emek yoğun bir sektör olması, sağlık iş gücünün reformlardan daha fazla etkilenmesine neden olmuştur.<sup>8</sup> Gelişmekte olan ülkelerde uygulanan sağlık reformları sağlık hizmetine talebi artırmakta ve sağlık çalışanlarının iş yükü ve iş stresi de artmaktadır.<sup>9</sup> Özellikle hekimlerin çalışma yaşamını olumsuz etkileyen bu sürecin önümüzdeki dönemde de devam edeceği tahmin edilmektedir. Yaşanan sorunlar çerçevesinde hekimlerin tabip odalarına bakışları da kimi değişikliklere uğramaktadır. Hekimlerin tabip odalarına bakış açılarındaki bu değişim süreç içinde tabip odalarının etkinliğini ve hekimlerle iletişimini etkileyecektir. Hekimlerin sosyoekonomik konumları ve mesleki değerlerindeki değişimleri izleyip değerlendirmeden, tabip odalarının etkili bir örgütsel çalışma yürütmeleri pek olanaklı değildir.<sup>10</sup> Bu noktada, bireyin örgüt amaç ve değerlerini kabul etmesi, bu amaçlara ulaşılması yönünde çaba sarf etmesi, örgütteki üyeliğini devam ettirme arzusu ve katılım gücü olarak tanımlanan "örgütsel bağlılığın" değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.<sup>11</sup>

Hekimlerin meslek kuruluşları ile olan ilişkisi her dönemde önemlidir. Sağlıkta dönüşüm sürecinin etkisiyle sağlık hizmetlerinde oluşan karmaşa ve sağlık çalışanları açısından ortaya çıkan bu olumsuz ortamda, tabip odalarının örgütlü etkinlikleri ve üyeleriyle ilişkileri daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmada; Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütleri olan tabip odası ile olan ilişkilerinin boyutu ve odadan beklentilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu üyeleri tarafından yürütülen bu çalışma kesitsel tipte planlandı. Mersin il ve ilçelerinde yürütülen çalışmanın verileri Kasım-Aralık 2009 tarihleri arasında toplandı.

Mersin ilinde görev yapan toplam 1875 hekim evren olarak belirlendi. Örnek büyüklüğünü belirlemek için EPI Info Version 3.5.1 programı kullanıldı. Beklenen sıklık ve hata payı %50±3 olarak kabul edildiğinde, %90 güvenlik düzeyi ile minimum örnek büyüklüğü 536 kişi olarak hesaplandı. Çalışmaya 550 hekimin alınması hedeflenerek örnek büyüklüğünün güvenlik düzeyinin %90-95 arasında olması planlandı. Hekimlerden 16'sı çalışmaya katılmayı reddetti, 11 hekime de iki defa gidilmesine rağmen ulaşamadı. Bu 27 hekimin yerine listeden yedekler çalışmaya alınarak hedeflenen 550 kişinin tamamına ulaşıldı.

Çalışmaya alınacak hekimler; Mersin'de görev yapan bütün hekimler içindeki görev yaptığı yerleşim yeri, kurumu, unvanı ve cinsiyet oranına göre ağırlıklandırılarak tabakalı sistematik örnekleme yöntemi ile belirlendi. Mersin'deki bütün hekimlerin il merkezi ve dokuz ilçe temel alınarak görev yerlerine göre dağılımı belirlendi. Her bir ilçede görev yapan hekimlerin toplam hekimler içindeki oranları ayrı ayrı hesaplandı. Araştırmaya her ilçeden kaç hekimin alınacağı bu oranlar kullanılarak saptandı. Bu yöntem kullanılarak her ilçedeki birinci/ikinci basamak ve kamu/özel sağlık kurumlarından kaç hekimin örnek olarak alınacağı saptandı. Sonraki adımda, aynı yöntemle kurumlarda görev yapan hekimlerin unvanlarına göre (*pratisyen, uzman, araştırma görevlisi, öğretim üyesi*) oranları ve unvanlara göre araştırmaya alınacak hekimlerin sayısı saptandı. En son adımda hekimlerin cinsiyete göre oranları ve araştırmaya alınacak erkek/kadın sayıları saptandı. Sonuç olarak araştırmaya hangi ilçeden, hangi kurumdan, hangi unvandan ve hangi cinsiyetten kaç hekimin alınacağı belirlendi. Araştırmaya alınacak hekimlerin isimleri, kurumlardan alınan listelerden rastgele örnekleme yöntemi ile saptandı. Veriler, hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki yaşamlarına ilişkin özellikler ile tabip odasıyla ilişki ve beklentilerinin sorgulandığı 46 sorudan oluşan bir anket formu ile toplandı. Hekimlerin tabip odası ile ilişkilerini değerlendiren sorular "hekimlerin tabip odasına üyelik durumları"

ile “oda çalışmalarına katılmaları” şeklinde iki ana başlık altında yer aldı. Anket formları hekimlere, Tabip Odası Hekim Meclisi üyelerince ulaştırıldı.

Hekimlerin “görev süresi” değişkeni 1-9, 10-19, 20-29 ve 30 yıl ve üstü olarak dört ayrı gruba ayrıldı. Ankette çalışma koşulları ve mesleğin etik yönden şu anki durumunu değerlendiren sorular beş seçenekli olarak soruldu, analiz sürecinde çok iyi, iyi ve orta “iyi” ve kötü ve çok kötü

## Bulgular

Araştırmaya katılan 550 hekimin %71.5’i il merkezinde görev yapıyor, %69.1’i erkek ve %82.5’i evliydi. Hekimlerin yaş ortalaması 42.5±9.7 (24–82) yıl ve ortalama çalışma süresi 17.4±9.6 (1-52) yıldır. Hekimlerin %80.9’u kamu sağlık kurumlarında görev yapıyordu. Hekimlerin %37.6’sı pratisyen hekim, %8.9’u araştırma görevlisi, %42.2’si uzman hekim ve %11.3’ü öğretim üyesi idi (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri (Mersin 2009)

Değişkenler	n	%
<b>Yerleşim yeri</b>		
İl merkezi	393	71.5
İlçe	157	28.5
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	380	69.1
Kadın	170	30.9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	454	82.5
Diğer	96	17.5
<b>Görev yeri</b>		
Birinci basamak sağlık kurumu	139	25.3
Devlet hastanesi	193	35.1
Tıp fakültesi hastanesi	113	20.5
Özel sağlık kurumu	105	19.1
<b>Görev unvanı</b>		
Pratisyen hekim	207	37.6
Araştırma görevlisi	49	8.9
Uzman hekim	232	42.2
Öğretim üyesi	62	11.3
<b>Görev süresi (yıl)</b>		
1- 9	110	20.0
10-19	238	43.3
20-29	136	24.7
30+	66	12.0

Çalışmaya katılan hekimlerin %77.1’i Tabip Odasına üye, %31.5’i son bir yılda Tabip Odası çalışmalarına katılmış ve %26.7’si bugünden sonraki süreçte Tabip

“kötü” olarak iki gruba ayrıldı. Ankette yer alan “son 10 yıl içerisinde hekimlerin mesleki saygı ve statülerinde bir gerileme oldu mu?” sorusu için meslekte 10 yıl ve üzerinde çalışan 440 hekimin yanıtı değerlendirildi. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler ve değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare önemlilik analizi kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

Odası çalışmalarında görev almak istiyordu (Tablo 2). Hekimlerin Tabip Odasına üye olma nedenleri sorulduğunda üye olan 364 hekimin verdiği yanıtların dağılımı şöyleydi: özlük haklarının savunulması için (%53.8), üyeliğin özel çalışma ya da muayenehane açma izni için yasal zorunluluk olması nedeniyle (%34.4), bilimsel destek almak için (%11.8). Üye olmayan 126 hekimin 36’sı (toplam hekimler içinde %6.5) bugünden sonraki süreçte Tabip Odasına üye olabileceğini belirtirken, 90’ı (toplam hekimler içinde %16.3) kesinlikle üye olmak istemediğini belirtiyordu. Üye olmayan hekimlerden 55’i bunun nedenleri ile ilgili gerekçeleri şöyle sıraladı: üye olmaya gerek görmeme (%51.0), ihtiyaç hissetmeme, (%36.4) ve üyelik aidatının yüksek olması (%12.6).

Hekimlerin “Tabip Odası üyesi olmaları”, “son bir yılda oda çalışmalarına katılmaları” ve “gelecekte oda çalışmalarına katılma” düşünceleri hekimlerin bazı özelliklerine göre değerlendirildi. Çalışmaya katılan hekimlerden; erkek, evli, özel sağlık kurumlarında çalışan, uzman olan ve görev süresi 30 yılın üzerinde olanların diğer hekimlere göre tabip odasına daha fazla üye oldukları saptandı ( $p < 0.05$ ).

Çalışma yaşamlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımına göre, hekimlerin %94.3’ü son 10 yılda mesleklerinin saygınlığında gerileme olduğunu belirtmektedir. Buna ek olarak, %56.2’si mesleğin etik yönden şu anda iyi durumda olmadığını, %77.8’i etik ile ilgili konular açısından mesleğin gelecekte daha kötü olacağını düşündüğünü, %56.7’si mesleğini yönetsel veya parasal baskı altında yaptığını, %53.1’i hasta yakınlarından şiddet gördüğünü, %31.8’i

çalışma koşullarının iyi olmadığını ve %28.2'si yöneticiler ve/veya çalışma arkadaşlarından şiddet gördüğünü ifade etmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimlerin tabip odası ile ilişkileri ve mesleki yaşam ile ilgili düşünce ve deneyimleri (Mersin 2009)

Değişkenler	n	%
Tabip odası üyeliği		
Üye	424	77.1
Üye değil	126	22.9
Son bir yılda tabip odası çalışmalarına katılma durumu		
Katılmış	173	31.5
Katılmamış	377	68.5
Gelecekte oda çalışmalarında görev almak düşüncesi		
Katılacak	147	26.7
Katılmayacak	403	73.3
Çalışma koşullarının durumu		
İyi	375	68.2
İyi değil	175	31.8
Parasal, siyasal, yönetsel baskı altında çalışma		
Baskı yok	238	43.3
Baskı var	312	56.7
Mesleğin etik yönden şu anki durumu		
İyi	241	43.8
İyi değil	309	56.2
Mesleğin etik yönden gelecekteki durumu		
Daha iyi olacak	33	6.0
Değişmeyecek	89	16.2
Daha kötü olacak	428	77.8
Hasta yakınlarından şiddet görme		
Şiddetle karşılaşmamış	258	46.9
Şiddetle karşılaşmış	292	53.1
Yöneticiler/çalışma arkadaşlarından şiddet görme		
Şiddetle karşılaşmamış	395	71.8
Şiddetle karşılaşmış	155	28.2
Son 10 yılda mesleki saygı ve statüde gerileme düşüncesi <sup>a</sup>		
Gerileme yok	25	5.7
Gerileme var	415	94.3

<sup>a</sup>Meslekte 10 yıl ve üzeri çalışanların cevaplarına göre

Buna ek olarak, son bir yılda araştırma görevlilerinin Tabip Odası çalışmalarına daha az katıldığı görüldü. Hekimlerin gelecekte tabip odası çalışmalarına katılma niyetleri ile

sosyodemografik özellikleri arasında bir ilişki saptanmadı (Tablo 3). Hekimlerin; çalışma koşulları, çalışma sürecinde baskı görmeleri, son on yılda mesleki saygınlıkta gerileme hakkındaki düşünceleri, hastalar, yöneticiler ve çalışma arkadaşları tarafından sözel ya da fiziksel şiddete maruziyetleri, mesleğin etik yönden bugünkü durumu ve mesleğin etik yönden gelecekteki durumuna ilişkin düşünceleri ile "Tabip Odasına üye olma", "geçmiş dönemde çalışmalara katılma" ve "gelecek süreçte çalışmalara katılma talebi" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Çalışmamızda Tabip Odasına üye olan hekimlerin olmayanlara göre daha fazla oranda geçmiş dönemde çalışmalara katıldığı (sırasıyla %36.2, %17.1) ( $\chi^2=16.016$ ,  $p=0.001$ ) ve gelecek süreçte de çalışmalara katılmayı düşündüğü (sırasıyla %29.7, %16.7) ( $\chi^2=8.447$ ,  $p=0.004$ ) saptandı.

Hekimlerin Tabip Odasından talep ve beklentileri sorulduğunda ilk üç beklentinin sırasıyla; çalışma koşullarının iyileştirilmesi (%78.7), ücretlerin iyileştirilmesi (%68.2) ve hekimlerin meslektaşları ve hastalarla olan ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi konusunda etkinlikler yapılması olduğu (%57.1) görüldü (Tablo 4).

Hekimlerin Tabip Odasına üye olma durumu ile Tabip Odasından beklentileri karşılaştırıldığında; Tabip Odasına üye olan hekimlerin olmayanlara göre daha fazla oranda çalışma koşullarının iyileştirilmesi ( $\chi^2=4.130$ ,  $p=0.042$ ), mesleki dayanışma için sosyal, kültürel etkinlik yapılması ( $\chi^2=7.617$ ,  $p=0.006$ ), sağlık politikaları konusunda siyasi iktidarlar ile iletişim kurulması ( $\chi^2=4.007$ ,  $p=0.045$ ), sağlık politikalarına müdahil olunması ( $\chi^2=4.637$ ,  $p=0.031$ ), halka sağlık eğitimi yapılması ( $\chi^2=4.547$ ,  $p=0.033$ ), halk sağlığı konusunda çalışma yapılması ( $\chi^2=4.966$ ,  $p=0.026$ ) ve Mersin'in sağlık sorunları konusunda çalışılmasını ( $\chi^2=10.629$ ,  $p=0.001$ ) istediği görüldü. Tabip Odası üyeliği ve diğer beklentiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu.

Tablo 3. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile tabip odası ilişkilerinin değerlendirilmesi (Mersin 2009)

Değişkenler	Tabip odasına üye olanlar		Çalışmalara katılanlar		Çalışmalara katılacaklar	
	n	%	n	%	n	%
Yerleşim yeri						
İl merkezi	306	77.9	130	33.1	106	27.0
İlçeler	118	75.2	43	27.4	41	26.1
Cinsiyet						
Erkek	307	80.8*	114	30.0	100	26.3
Kadın	117	68.8	59	34.7	47	27.6
Medeni durum						
Evli	365	80.4*	146	32.2	122	26.9
Diğer	59	61.5	27	28.1	25	26.0
Görev yeri						
Birinci basamak sağlık kurumu	93	66.9*	52	37.4	39	28.1
Devlet hastanesi	153	79.3	49	25.4	53	27.5
Tıp fakültesi hastanesi	73	64.6	42	37.2	31	27.4
Özel sağlık kurumu	105	100.0	30	28.6	24	22.9
Görev unvanları						
Pratisyen hekim	143	69.1*	72	34.8*	59	28.5
Araştırma görevlisi	20	40.8	7	14.3	11	22.4
Uzman hekim	210	90.5	60	25.9	59	25.4
Öğretim üyesi	51	82.3	34	54.8	18	29.0
Görev süresi (yıl)						
1 - 9	57	51.8*	30	27.3	30	27.3
10-19	189	79.4	76	31.9	72	30.3
20-29	115	84.6	52	38.2	36	26.5
30+	63	95.5	15	22.7	9	13.6
Toplam	424	77.1	173	31.5	147	26.7

\*:  $p < 0.001$ 

## Tartışma

Hekimlerin çalışma yaşamı mesleğin doğası gereği farklılıklar göstermektedir. Çalıştıkları kurumun kentsel olup olmaması, ünvanları, görev yaptıkları kurumun kamu ya da özel olması gibi birçok faktör hekimlerin çalışma yaşamını etkilemektedir.

Sağlık reformlarının çalışanlar aleyhine etkileri<sup>5,8,9</sup> ve meslek örgütlerinin üyelerinin çıkarlarını koruduğu gerçeği<sup>1,2</sup> ortadayken Mersin'de hekimlerin yaklaşık dörtte birinin Tabip Odasına üye olmaması düşündürücü bir durumdur. Böyle bir sonuç aslında her dönem için olumsuz bir durum olmakla birlikte, mesleğin yürütülmesine ilişkin sorunların arttığı günümüz koşullarında daha da önemli olmaktadır. Buğdaycı ve ark.<sup>12</sup> Mersin ilinde 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada tabip odası üyeliği, çalışmamızdakine benzer oranda (%78.1) bulunmuştur. Belek ve arkadaşlarının<sup>10</sup> Antalya'da yaptığı bir başka çalışmada ise tabip odasına üye olma oranı

daha düşük (%66.2) bildirilmektedir. Hekimlerin meslek odalarına üye olma oranlarındaki bu durum, bütün hekimlere karşı kendisini görevli sayan bir meslek örgütünün meslektaşlarının hepsine ulaşamadığını, hekimlerin de çalışma yaşamlarına ilişkin sorunların çözümünde meslek odalarına yeterince destek olmadığını ya da tabip odasının mesleki sorunlarını çözeceğine inanmadığını düşündürmektedir. Hekimlerin, tabip odalarının amaç ve değerlerini kabul ederek bu amaçlara ulaşılması yönünde çaba sarfetmesi hem kendi iş verimlerini artırmakta hem de örgüt için olumlu sonuçlar doğurmaktadır.<sup>11</sup> Mersin'de hekimlerin hangi nedenle olursa olsun %16.3'ünün kesin olarak tabip odasına üye olmayacağını belirtmesi tabip odasının örgütlenme adına aşması gereken önemli engeldir. Isparta-Burdur Tabip Odasının çalışmasında<sup>15</sup> da bizim çalışmamıza benzer şekilde



hekimlerin oda çalışmalarından olumlu bir sonuç alınamayacağı inancı ve kamuda çalışan hekimler için üyeliğin zorunlu olmaması gibi nedenlerle tabip odasına üye olmadıkları bildirilmektedir. Hekimlerin üye olmama nedenlerinin bilinmesi bir örgütün, çalışanların örgüte bağlılığını artırabilecek ya da azaltabilecek faktörlerin farkında olması açısından önemli bir konudur.<sup>11</sup>

Buğdaycı ve ark.,<sup>12</sup> erkek hekimlerin, uzman hekimlerin, ileri yaşta olanların, Belek ve ark.<sup>10</sup> ise uzman hekimlerin tabip odasına daha fazla oranda üye olduklarını bildirmektedir. Çalışmamızda erkek, evli, özel sağlık kurumlarında çalışan, uzman olan ve daha uzun görev süresi bulunan hekimlerin tabip odasına daha fazla oranda üye olması yapılan çalışmaların sonuçları ile

benzemektedir. Hekimlerin görev süreleri arttıkça tabip odalarına daha fazla üye olma eğiliminde olmaları, ülkemizde 1980 yılından sonra çıkarılan kanunla<sup>13</sup> hekimlerin mesleği yapabilmeleri için tabip odalarına üye olma zorunluluklarının kaldırılması ve sağlıkta dönüşüm programının örgütlü yaşamı geriletken etkileri ile açıklanabilir. Hekimlerin özel kurumlarda çalışma ve muayenehane açma izni alabilmesi için tabip odasına üye olma zorunluluğu, özel sağlık kurumlarında ve uzman hekim gruplarında üyeliğin yüksek olmasına yol açmıştır. Bunlara ek olarak da çalışmamızda görev süresi arttıkça üyelik oranının artışı, yaş ve kıdem ile örgütsel bağlılık arasında aynı yönde artan bir ilişkiyle açıklanabilir.<sup>11</sup>

Tablo 4. Hekimlerin tabip odasından çalışma yapmasını istediği konular (Mersin 2009)

Beklentiler*	n	%
Çalışma koşullarının iyileştirilmesi	433	78.7
Hekim ücretinin iyileştirilmesi	375	68.2
Hekim-hekim, hekim-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi	314	57.1
Mesleki dayanışma için sosyal, kültürel etkinlikler yapılması	312	56.7
Sürekli mesleki gelişim eğitimi için çalışma yapılması	311	56.5
Sağlık politikaları konusunda siyasi iktidarlar ile iletişim kurulması	309	56.2
Sağlık politikalarına müdahil olunması	229	41.6
Halka sağlık eğitimi yapılması	215	39.1
Halk sağlığı konusunda çalışma yapılması	208	37.8
Mersin'in sağlık sorunları konusunda çalışılması	203	36.9
Diğer demokratik kitle örgütleri ile ilişki kurulması	187	34.0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, yüzdelere hekim sayısına göre alınmıştır.

Mersin'de hekimlerin son bir yıl içerisinde yaklaşık üçte biri Tabip Odası çalışmalarına katılmış ve dörtte biri de gelecek süreçte katılmayı düşünmekteydi. Oda üyesi olmanın gerektirdiği desteği sunma ve sorumluluklarını yerine getirme açısından hekimlerin oda çalışmalarına katılımlarının daha fazla olması beklenirdi. Buğdaycı ve ark.<sup>10</sup> yaptıkları çalışmada üyelerin %58.6'sının Tabip Odasına hiç uğramadığını bildirmektedir. Hekimlerin tabip odasına üye olması örgütsel ilişki açısından yeterli değildir. Üyelik yanında oda çalışmalarına da katılması gereklidir. Bu durum, hekimlerin üye oldukları meslek örgütünün amaç ve değerlerini kabul etme, bu amaçlara ulaşılması yönünde çaba gösterme ve üyeliğini devam ettirme taleplerinin yani örgüte bağlılıklarının<sup>11</sup> yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Hekimlerin Tabip Odası çalışmalarına katılma durumları veya gelecekte çalışmalara katılma istekleri ile sosyodemografik ve çalışma yaşamı özellikleri açısından fark saptanmamıştır. Bunun yanında tabip odasına üye hekimler hem geçmiş dönemde Tabip Odası çalışmalarına daha fazla katılmışlardır; hem de gelecek dönemde Tabip Odası çalışmalarına daha fazla oranda katılmayı düşünmektedir. Buğdaycı ve ark.<sup>12</sup> üye olmayanların, kadınların, daha genç olanların ve öğretim üyelerinin tabip odasına daha az uğradığını bildirmektedir. Tabip odasına üye olanların hem oda çalışmalarına daha fazla katılması hem de gelecek dönemde tabip odası çalışmalarına daha fazla oranda katılmayı düşünmesi üyeliğin bir gerekliliğidir. Ancak üye olan ya da olmayan bütün hekimlerin benzer oranda oda çalışmalarına katılması



beklenirdi. Son bir yılda Tabip Odası çalışmalarına araştırma görevlilerinin daha az katılması; bu grupta üyeliğin zorunlu olmaması, meslek yaşamında yeni olmaları ve işlerinin yoğunluğu nedeniyle beklenen bir durumdur. Çalışmamızda, mevcut çalışma koşulları yetersiz olan, yönetimden baskı gören, hasta ve yöneticiler tarafından sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalan, mesleki değerlerinde kayıp olduğunu düşünen hekimlerin Oda'ya üyelik durumunun diğer hekimlerle benzer olduğu görüldü.

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu Tabip Odasından çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ücretlerin artırılması konularında çalışmalarda bulunmasını bekliyordu. Buğdaycı ve ark.'nın<sup>12</sup> çalışmasına göre, hekimlerin %82.2'si tabip odasından hekimlerin özlük hakları ve ücretleri konusunda mücadele etmesini beklemektedir. Belek ve ark.<sup>10</sup> Antalya'daki hekimlerle yaptığı çalışmada ise hekimlerin tabip odasından iki önemli beklentisi: sağlık politikaları (%57.1), ile ücretler ve özlük haklarının iyileştirilmesi (%48.3) dir. Isparta-Burdur Tabip Odası bölgesindeki hekimler ise hekim haklarına daha duyarlı olunması, çalışma koşulları ve ücretlerin düzeltilmesi, etkinlik ve çalışmaların topluma, hekimlere daha fazla iletilmesi, diğer sağlık çalışanları ile birlikte hareket etmesinin gerekliliğine vurgu yapmıştır.<sup>14</sup> Hekimlerin tabip odalarından beklentilerinin ağırlıklı olarak özlük hakları çerçevesinde olduğu görülmektedir.

Hekimlerin çoğunlukla tabip odalarının politikayla ilgilenmelerini olumsuz olarak değerlendirmektedir,<sup>14,15</sup> benzer şekilde Mersin'de de hekimlerin yaklaşık beşte üçü tabip odalarının sağlık politikalarına müdahil olmasını onaylamıyordu. Bunun yanında Mersin'de hekimlerin büyük çoğunluğu Tabip Odasının, çalışma koşulları ve ücretlerin iyileştirilmesi konusunda çalışmalar yürütmesini talep ediyordu. Hekimlerin yarısı da sağlık politikaları konusunda siyasi iktidar ile iletişimde bulunması gerektiğini belirtiyordu. Bu talepler aslında doğrudan sağlık politikasına müdahil olmak anlamına gelmektedir. O halde hekimlerin "tabip odası politikadan uzak durmalı" söylemi ile odadan beklentileri arasında çelişki olduğu

görülmektedir. Bu konuda çelişkinin nedeni; hekimlerin TTB ve tabip odalarının asli görevi olarak yapmak zorunda oldukları faaliyetleri "politik bir örgüt gibi çalışmak, politik tavır sergilemek" şeklinde yorumlaması ve tabip odasının da çalışmalarını hekimlere tam olarak anlatamaması olabilir. Çünkü hekimler odanın sağlık politikalarına müdahil olmasını sadece kendi meslek grubunun sorunlarının çözümü, bireysel mesleki çıkarlarının korunması olarak algılamakta ancak sağlık alanına yapılacak müdahalenin bir bütün olması gerektiğini gözden kaçırmaktadır. Bu nedenle tabip odaları, üyelerinin kendi mesleki çıkarlarını koruyabilmek ve toplumun çıkarlarını savunabilmek için kuruluş amaç ve hedefleri doğrultusunda bir duruş sergilemeli ve bunun politik mücadelesini yapmalıdır. Meslek örgütlerinin varlık nedeni olarak görülen konularda siyaset yapması, kendi meslek alanı içinde sorun alanlarına yönelik çözüm önerileri sunması, bu görüş ve önerilerin kabulü yönünde çalışmalarda bulunması zorunludur.<sup>1</sup>

Buğdaycı ve ark.<sup>12</sup> üye olmanın beklentiler konusunda farklılık oluşturmadığını bildiriyordu. Çalışmamızda tabip odasından çalışma koşullarının iyileştirilmesi talebinde olanların tabip odasına daha fazla oranda üye olması, hekimlerin çalışma yaşamlarındaki sorunların çözümünde tabip odasına yönelik umut ve beklentilerine bağlanabilir.

## **Sonuç ve öneriler**

Sonuç olarak; Mersin ilindeki hekimlerin dörtte biri tabip odasına üye değil, üçte ikisi tabip odası çalışmalarına katılmamış ve bundan sonra da katılmak istemiyordu. Hekimlerin örgütten beklentileri de özellikle çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve gelirlerinin artırılması ve hekimlerin meslektaşları ve hastalarla olan ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi konusunda etkinlikler yapılması yönündeydi. Hekimler tabip odasından çalışma yaşamındaki sorunların çözümüne ilişkin talepte bulunurken çalışmalara yeterince destek olmuyordu.

TTB ve tabip odaları hekimlerin özlük hakları başta olmak üzere çalışma yaşamını daha yüksek konuma getirebilmek

için önemli bir güçtür. Hekimlerin meslek örgütü olan tabip odaları, üyelerinin haklarını korumak için daha fazla çaba göstermeli, bunun yanında tabip odalarına karşı olumsuz tutum ve davranış içerisinde olan hekimlerin bu tutum ve davranışlarının nedenlerini anlamaya ve oda ile ilişki kurmalarını sağlamaya yönelik çalışma içerisinde olmalıdır. Tabip odalarının sağlık ortamındaki olumsuz değişimlere karşı durabilmesi için üyelerin de örgütlü yaşamın gereklerini yerine getirerek meslek örgütlerine daha fazla sahip çıkması gerekmektedir.

### Kaynaklar

1. Alp G. Toplumsal yapıda ve demokrasilerde meslek odalarının yeri ve işlevi. Türkiye Mühendislik Haberleri 1997; 392: 59-61.
2. Türk Tabipleri Birliği Kanunu. Kanun No.: 6023. Resmi Gazete Tarih: 31.01.1953, Sayı: 8323.
3. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmi Gazete Karar Sayısı: KHK/663, Tarih: 2 Kasım 2011, Sayı: 28103 (Mükerrer).
4. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Çalışma Raporu: 2010-2011. s: 9-11. [online] Erişim adresi: [http://www.ttb.org.tr/c\\_rapor/2010-2011/cp2010-2011w.pdf](http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2010-2011/cp2010-2011w.pdf). Erişim tarihi: 10 Temmuz 2011.
5. Hamzaoğlu O. Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü. TTB Kocaeli Tabip Odası Yayını. Temmuz 2004 s: 32-3.
6. Akdağ R. Nereden nereye. Türkiye Sağlıkta dönüşüm programı. Kasım 2002-Haziran 2007. TC Sağlık Bakanlığı Yayın no: 713. İkinci Baskı. Ankara 2007 s: 17.
7. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2009; 12(1): 33-43.
8. Tüzün H. Bir maruziyet öyküsü: Sağlık reformlarının sağlık emek gücüne etkileri. Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu. Sempozyum Kitabı. 19-21 Bursa Kasım 2009 s: 52-63.
9. Davas A. Reformlar sağlık çalışanlarının hayatında neyi dönüştürüyor? STED 2007; 16(6): 90-4.

### Teşekkür

Araştırmamızda, verilerin toplanmasındaki emeklerinden dolayı Dr. Filiz Akcan, Dr. Mithat Cemal Aydın, Dr. Mustafa Kemal Doğan, Dr. Zeki Sinan Doğan, Dr. Gürsel Erkinç, Dr. Erhan Gökduman, Dr. İdris Gültekin, Dr. Özkan Özdemir, Dr. Serdar Sağıroğlu, Dr. A.Taner Saydere, Dr. Mahmut Senem, Dr. A.Burhan Söker, Dr. Recep Tepe, Dr. Akın Yıldırım, Dr. Hüseyin Yıldız, Dr. Nurcan Yürek ve veri girişindeki emekleri için Serap Çetinalp ile Dilber Kılınç'a teşekkür ederiz.

10. Belek İ. Antalya'da hekimler. Statü ve sınıf konumu açısından bir değerlendirme. TTB Yayınları Ankara 2003 s: 7-82.
11. Tatlı H. Bingöl İl Merkezinde bulunan hastanelerde görev yapan hekimlerin iş doyumları ve örgütsel bağlılıklarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Elazığ 2008 s: 25-65.
12. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Tezcan H, Kuruloğlu MN, Yüceer TN. Mersin İlinde görev yapan hekimlerin Türk Tabipleri Birliği ile ilgili genel görüşlerinin ve ilişkilerinin incelenmesi. TIP MED 2002-2003; 5-6 (1-2): 6-9.
13. 23/1/1953 Tarih ve 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bu Kanuna Üç Madde Eklenmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Karar Sayısı: K.H.K./65. Resmi Gazete Tarih: 05 Ağustos 1983, Sayı: 18126.
14. T.T.B Isparta - Burdur Tabip Odası Başkanlığı Hekimlerin Durumunu Değerlendirme Anketi. Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı Yayınları. Yayın No:1. Isparta 2008. s:1-13. [online] Erişim adresi: [www.isparta.dr.tr/yonetim/uploads/kita\\_pcik/1.doc](http://www.isparta.dr.tr/yonetim/uploads/kita_pcik/1.doc). Erişim tarihi: 21 Ekim 2011.
15. 50. Yılında Halk Sağlığına Köprü: Türk Tabipleri Birliği. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı. Ankara Haziran 2008 s: 21.

## THSD 2011 Yılı Yayınlanan Yazıların Konu ve Yazar Dizini

Tablo 1. THSD 2011 sayılarında yayınlanan yazıların tür ve konularına göre dağılımı

Yıl-Sayı	Orijinal Araştırma	Derleme	Makale türleri			
			Kısa Rapor	Editöre Mektup	Sahadan Notlar	
2011-1	3	2	1	1		
2011-2	3	1		1	1	
2011-3	6					
<b>TOPLAM (19)</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
<b>KONULAR</b>	<i>Üreme sağlığı (2 adet)</i>	<i>Kazalar-yaralanmalar</i>	<i>Bulaşıcı hastalıklar</i>	<i>Halk sağlığı etliği</i>	<i>Sağlık yönetimi</i>	
	<i>Sağlık hizmet sunumu</i>	<i>Genetik ve halk sağlığı</i>		<i>Sigara ve sağlık</i>		
	<i>Toplum ruh sağlığı (2 adet)</i>	<i>Sağlık hizmet sunumu</i>				
	<i>Sağlık yönetimi</i>					
	<i>Bulaşıcı hastalıklar</i>					
	<i>Biyoistatistik</i>					
	<i>Kronik hastalıklar</i>					
	<i>Çocuk sağlığı</i>					
	<i>Sağlık eğitimi</i>					
	<i>İş sağlığı</i>					

**Tablo 2. THSD'nin 2011 yılı yayınlarının konu başlıklarına göre künyeleri**

Yayın Konusu	Yayın Başlığı	Yazarları	Cilt(sayı):Sayfa, Yıl	Yayın Türü
Biyostatistik	Differences in perceptions of medical undergraduates of a military medical school on organizational culture	Bakır B, Ozer M, Cetin M, Kocak N, Fedai T, Cimen M.	9(2):96-107, 2011	Orijinal araştırma
Bulaşıcı hastalıklar	Pandemic (H1N1) influenza in Diyarbakir, 2009	Ertem M, Sevencan F, Dorman V, Ozcollu N, Ormanlı V, Kubat NK, Albayrak N, Altas B.	9(2):86-95, 2011	Orijinal araştırma
	Ücretsiz mevsimsel grip aşılarını yaptıran kişilerin, ücretsiz pandemik grip aşısı karşısındaki tutum ve davranışları	Eskiocak M, Porsuk AÖ.	9(2):108-112, 2011	Kısa rapor
Çocuk sağlığı	The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in Southeastern Anatolia	Simsek Z, Koruk İ.	9(3):157-165, 2011	Orijinal araştırma
Genetik ve halk sağlığı	Genetiği değiştirilmiş organizmalar: Sağlığa zararlarını kanıtlamak neden zor? Sorunlar ve riskin ipuçları	Ergin I, Karababa AO.	9(2):113-122, 2011	Derleme
Halk sağlığı etiği	Yeni Sorular Sormak	Erbaydar T.	9(1):67-69, 2011	Editöre mektup
İş sağlığı	Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve beklentileri.	Kurt AÖ, Yapıcı G, Şaşmaz T, Metin Uzabacı M, Tol A, Bozgedik İH, Öztürk G	9(3):174-182, 2011	Orijinal araştırma
Kazalar-yaralanmalar	Küresel, çok ülkelili çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları sürveyans çalışması	Yılmaz MS, Piyal B.	9(1):45-57, 2011	Derleme
Kronik hastalıklar	İzmir, Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi.	Badilloğlu O, Toğrul BÜ, Uçku ŞR.	9(3):129-132, 2011	Orijinal araştırma
Sağlık eğitimi	Müfredata eklenen bir dersin ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarına etkilerinin değerlendirilmesi.	Aksan HAD, Ergin I, Hassoy H, Durusoy R, Çiçeklioğlu M.	9(3):144-156, 2011	Orijinal araştırma

**Tablo 2'nin devamı**

<b>Sağlık hizmet sunumu</b>	Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" araştırması hakkında bir değerlendirme yazısı	Eser E.	9(2):123-126, 2011	Derleme
	Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi	Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra Ç, Saatçioğlu A, Sönmez B, Taner E, Tıgılı S, Topçu K, Yıldız B, Yılmaz N, Yorgun H.		9(1):16-32, 2011
<b>Sağlık yönetimi</b>	İl sağlık müdürlüklerinde bulaşıcı hastalıklar insan gücünün değerlendirilmesi	Durusoy R, Emek M, İnci R.	9(2):70-85, 2011	Orijinal araştırma
	Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı ve Hakkaniyet	Türkkan A.	9(1):58-66, 2011	Sahadan notlar
<b>Sigara ve sağlık</b>	Impact of smoking on oral health and its prevention	Nagendra J, Srinivasa J	9(2):127-128, 2011	Editöre mektup
	Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler	Turhan E, İnanlı T, Özer Ç, Akoğlu S.	9(1):33-44, 2011	Orijinal araştırma
<b>Toplum ruh sağlığı</b>	Prevalence of depression among Turkish University Students and related factors.	Gunay O, Akpınar F, Poyrazoğlu S, Aslaner H.	9(3):133-143, 2011	Orijinal araştırma
	İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler.	Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA.	9(1):1-15, 2011	Orijinal araştırma
<b>Üreme sağlığı</b>	Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşüklükler ve kontraseptif kullanımı konusundaki görüşleri.	Tokuç B, Berberoğlu U, Saracoğlu GA, Çelikkalp Ü.	9(3):166-173, 2011	Orijinal araştırma

**Tablo 3. THSD 2011 sayılarında yayınlanan yazıların yazarlarının soyadlarına göre listesi**

<b>Soyadı</b>	<b>Adının İlk Harfi</b>			
1.	Akdeniz M	18. Davas A	36. Kubat NK	54. Şaşmaz T
2.	Akoğlu S	19. Dorman V	37. Kurt AÖ	55. Taner E
3.	Akpınar F	20. Durusoy R	38. Lağarlı T	56. Tanık FA
4.	Aksan HAD	21. Emek M	39. Nagendra J	57. Tıǵlı S
5.	Albayrak N	22. Erbaydar T	40. Ormanlı V	58. Toǵrul BÜ
6.	Altas B	23. Ergin I	41. Ozculu N	59. Tokuç B
7.	Aslaner H	24. Ertem M	42. Ozer M	60. Tol A
8.	Aydoǵdu B	25. Eser E	43. Özer C	61. Topçu K
9.	Badıllıoǵlu O	26. Eskiocak M	44. Öztürk G	62. Turhan E
10.	Bakir B	27. Fedai T	45. Piyal B	63. Türkkan A
11.	Baklava Ü	28. Fira C	46. Porsuk AÖ	64. Uçku ŞR
12.	Berberoǵlu U	29. Gunay O	47. Poyrazoǵlu S	65. Uzabacı M
13.	Bozgedik İH	30. Hassoy H	48. Saatçioǵlu A	66. Yapıcı G
14.	Cetin M	31. İnandı T	49. Saraçoǵlu GA	67. Yıldız B
15.	Cimen M	32. İnci R	50. Sevencan F	68. Yılmaz MS
16.	Çelikkalp Ü	33. Karababa AO	51. Simsek Z	69. Yılmaz N
17.	Çiçeklioǵlu M	34. Kocak N	52. Sönmez B	70. Yorgun H
		35. Koruk İ	53. Srinivasa J	



## Subject and Author Index of Articles TJPH in 2011

**Table 1. The distribution of species and issues of the number of articles published TJPH in 2011**

Year-Issue	Article Type				
	Original article	Review	Short report	Letter to editor	Notes from the field
2011-1	3	2	1	1	
2011-2	3	1		1	1
2011-3	6				
<b>TOTAL (19)</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>TOPICS</b>	<i>Reproductive health (2 pieces)</i>	<i>Accident-injuries</i>	<i>Communicable diseases</i>	<i>Public health ethics</i>	<i>Health management</i>
	<i>Accidents-injuries</i>	<i>Genetics and public health</i>		<i>Smoking and health</i>	
	<i>Community mental health (2 pieces)</i>	<i>Health service delivery</i>			
	<i>Health management</i>				
	<i>Communicable diseases</i>				
	<i>Biostatistics</i>				
	<i>Chronic diseases</i>				
	<i>Children's health</i>				
	<i>Health education</i>				
	<i>Occupational health</i>				

**Table 2. Bibliographic record of articles by topics in TJPH, 2011**

Publication Subject	Publication Title	Authors	Volum(issue):Page Year	Type of publication
<i>Biostatistics</i>	Differences in perceptions of medical undergraduates of a military medical school on organizational culture	Bakir B, Ozer M, Cetin M, Kocak N, Fedai T, Cimen M.	9(2):96-107, 2011	Original article
<i>Communicable diseases</i>	Pandemic (H1N1) influenza in Diyarbakir, 2009	Ertem M, Sevencan F, Dorman V, Ozcullu N, Ormanli V, Kubat NK, Albayrak N, Altas B.	9(2):86-95, 2011	Original article
	Ücretsiz mevsimsel grip aşılarını yaptıran kişilerin, ücretsiz pandemik grip aşısı karşısındaki tutum ve davranışları	Eskiocak M, Porsuk AÖ.	9(2):108-112, 2011	Short report
<i>Children's health</i>	The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in Southeastern Anatolia	Simsek Z, Koruk İ.	9(3):157-165, 2011	Original article
<i>Genetics and public health</i>	Genetiği değiştirilmiş organizmalar: Sağlığa zararlarını kanıtlamak neden zor? Sorunlar ve riskin ipuçları	Ergin I, Karababa AO.	9(2):113-122, 2011	Review
<i>Public health ethics</i>	Yeni Sorular Sormak	Erbaydar T.	9(1):67-69, 2011	Letter to editor
<i>Occupational health</i>	Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve beklentileri.	Kurt AÖ, Yapıcı G, Şaşmaz T, Metin Uzabacı M, Tol A, Bozgedik İH, Öztürk G	9(3):174-182, 2011	Original article
<i>Accident-injuries</i>	Küresel, çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları sürveyans çalışması	Yılmaz MS, Piyal B.	9(1):45-57, 2011	Review
<i>Chronic diseases</i>	İzmir, Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi.	Badıllıoğlu O, Toğrul BÜ, Uçku ŞR.	9(3):129-132, 2011	Original article
<i>Health education</i>	Müfredata eklenen bir dersin ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarına etkilerinin değerlendirilmesi.	Aksan HAD, Ergin I, Hassoy H, Durusoy R, Çiçeklioğlu M.	9(3):144-156, 2011	Original article

**Table 2 continue**

<i>Health service delivery</i>	Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" araştırması hakkında bir değerlendirme yazısı	Eser E.	9(2):123-126, 2011	Review
	Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi	Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra C, Saatçioğlu A, Sönmez B, Taner E, Tıgılı S, Topçu K, Yıldız B, Yılmaz N, Yorgun H.	9(1):16-32, 2011	Original article
<i>Health management</i>	il sağlık müdürlüklerinde bulaşıcı hastalıklar insan gücünün değerlendirilmesi	Durusoy R, Emek M, İnci R.	9(2):70-85, 2011	Original article
	Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı ve Hakkaniyet	Türkkan A.	9(1):58-66, 2011	Notes from the field
<i>Smoking and health</i>	Impact of smoking on oral health and its prevention	Nagendra J, Srinivasa J	9(2):127-128, 2011	Letter to editor
	Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler	Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S.	9(1):33-44, 2011	Original article
<i>Community mental health</i>	Prevalence of depression among Turkish University Students and related factors.	Gunay O, Akpınar F, Poyrazoğlu S, Aslaner H.	9(3):133-143, 2011	Original article
	İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler.	Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA.	9(1):1-15, 2011	Original article
<i>Reproductive health</i>	Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşüklükler ve kontraseptif kullanımı konusundaki görüşleri.	Tokuç B, Berberoğlu U, Saracoğlu GA, Çelikkalp Ü.	9(3):166-173, 2011	Original article

**Table 3. List of authors by last name of articles published in TJPH, 2011**

<b>Surname, first letter of the name</b>			
1. Akdeniz M	19. Dorman V	38. Lağarlı T	57. Tiğli S
2. Akoğlu S	20. Durusoy R	39. Nagendra J	58. Toğrul BÜ
3. Akpınar F	21. Emek M	40. Ormanlı V	59. Tokuç B
4. Aksan HAD	22. Erbaydar T	41. Ozcullu N	60. Tol A
5. Albayrak N	23. Ergin I	42. Ozer M	61. Topçu K
6. Altas B	24. Ertem M	43. Özer C	62. Turhan E
7. Aslaner H	25. Eser E	44. Öztürk G	63. Türkkkan A
8. Aydoğdu B	26. Eskiocak M	45. Piyal B	64. Uçku ŞR
9. Badıllıoğlu O	27. Fedai T	46. Porsuk AÖ	65. Uzabacı M
10. Bakir B	28. Fıra C	47. Poyrazoğlu S	66. Yapıcı G
11. Baklaya Ü	29. Gunay O	48. Saatçioğlu A	67. Yıldız B
12. Berberoğlu U	30. Hassoy H	49. Saraçoğlu GA	68. Yılmaz MS
13. Bozgedik İH	31. İnandı T	50. Sevencan F	69. Yılmaz N
14. Cetin M	32. İnci R	51. Simsek Z	70. Yorgun H
15. Cimen M	33. Karababa AO	52. Sönmez B	
16. Çelikkalp Ü	34. Kocak N	53. Srinivasa J	
17. Çiçeklioğlu M	35. Koruk İ	54. Şaşmaz T	
18. Davas A	36. Kubat NK	55. Taner E	
	37. Kurt AÖ	56. Tanık FA	