



KONGRE

VI. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ BULUŞMASI

“ALMA ATA’DAN 30 YIL SONRA
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ”



15- 17 Ekim 2009

Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi, Konak, İZMİR

Balçova Belediyesi ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Katkılarıyla.



KONGRE

VI. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ BULUŞMASI

“ALMA ATA’DAN 30 YIL SONRA
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ”



15- 17 Ekim 2009

Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi, Konak, İZMİR

Düzenleyen Kurumlar ve Eş Başkanlar

Doç. Dr. Semin Ayhan, Manisa Tabip Odası

Uz. Dr. Suat Kaptaner, İzmir Tabip Odası

Prof. Dr. Erhan Eser, Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Prof. Dr. Gül Ergör, Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Destekleyen Kurumlar

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Balçova Belediyesi

Düzenleme Kurulu

Erhan Eser - Başkan

Alp Ergör- Sekreter

Tümer Pala - Sekreter

Yürütme Kurulu

Erhan Eser - Başkan	Serdağ Etiz
Alp Ergör– Sekreter	Mete Güzelant
Tümer Pala – Sekreter	Bülent Kılıç
Öznur Bambal	Tülay Lağarlı
Hakan Baydur	Dilek Özmen
Ahmet Can Bilgin	Metin Öztürk
Aynur Çakmakçı	Ahmet Soysal
Yücel Demiral	Seval Cambaz Ulaş
Serol Deveci	Derya Yüksel
Gül Saatlı	

Bilim Kurulu

Prof.Dr.Ayşe Akın	Prof.Dr.Haldun Sümer
Prof.Dr.Gazanfer Aksakoğlu	Prof.Dr.Reyhan Uçku
Prof.Dr.Recep Akdur	Prof. Dr. Alaeddin ÜNSAL
Prof.Dr.Levent Akın	Doç.Dr.Yeşim Bülbül Baytur
Prof.Dr.Remzi Aygün	Doç. Dr. Ali Ceylan
Prof.Dr.Hamdi Aytekin	Doç.Dr.Yücel Demiral
Prof.Dr. Nazmi Bilir	Doç.Dr.Gönül Dinç Horasan
Prof.Dr. Ali İhsan Bozkurt	Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak
Prof.Dr.Şanda Çalı	Doç.Dr.Türkan Günay
Prof.Dr.Necati Dedeoğlu	Doç. Dr. Burhanettin Işıklı
Prof.Dr.Gül Ergör	Doç. Dr. Emel İrgil
Prof.Dr. Melikşah Ertem	Doç. Dr. Sibel Kalaça
Prof.Dr. Erhan Eser	Doç.Dr.Bülent Kılıç
Prof.Dr.Çağatay Güler	Doç.Dr.A.Nesimi Kişioğlu
Prof.Dr.Metin Hasde	Doç.Dr.Kayıhan Pala
Prof.Dr.A.Osman Karababa	Doç.Dr.Belgin Ünal
Prof.Dr.Ferit Koçoğlu	Doç. Dr. Ferdi Tanır
Prof.Dr.Cemil Özcan	Yard. Doç.Dr. Talat Bahçebaşı
Prof.Dr.Servet Özgür	Yard.Doç.Dr.Esin Kulaç
Prof.Dr.Zafer Öztekin	Yard. Doç.Dr.Sarp Üner
Prof.Dr.Hüseyin Polat	Öğr.Gör.Dr.Ahmet Soysal

KONGRE PROGRAMI

I. GÜN

15 EKİM 2009

KONGRE ÖNCESİ KURSLAR

Yer: EÜ Atatürk Kültür Merkezi-İzmir

Genel Kurs Koordinatörleri:

Doç. Dr. Türkan Günay

Seval Cambaz

Doğum Öncesi Bakım

Doç. Dr. Yeşim Bülbül

Yrd. Doç. Dr. Hülya Demirci

Ayden Çoban PhD

Nursen Bolsoy PhD.

Eğitim Becerileri

Doç. Dr. Türkan Günay

Dr. Hatice Şimşek, MPH.

Birinci basamakta Temel Yenidoğan bakımı

Prof. Dr. Nilgün Kültürsay

Uz. Dr. İlker Günay

II. GÜN	16 EKİM 2009 CUMA
08.30- 09.15	KAYIT
09.15	AÇILIŞ KONUŞMALARI
09.30 – 10.45	I. Oturum (konferans) Yönetici: <i>Prof.Dr. Cemil Özcan – Celal Bayar Ün. Tıp Fak.</i> Alma Ata'dan 30 yıl sonra Dünyada ve Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetleri Konuşmacılar: <i>Prof Dr. Zafer Öztekin - Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak.</i> <i>Doç.Dr.Bülent Kılıç - Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak.</i>
10.45-11.15	ARA
11.15 – 12.45	II. Oturum (Panel) Yönetici: <i>Dr. Suat Kaptaner - İzmir Tabip Odası Başkanı</i> Türkiye'de Birinci Basamak TSH Çalışanlarının Sorunları: Birinci Basamağın Sesi <i>Dr. Nezihe Üzüml (TSM yöneticisi – Halk Sağlığı Uzmanı - Hatay)</i> <i>Dr. Mustafa Özer (Aile Hekimi - Karşıyaka)</i> <i>Dr. Adalet Çıbık (Sağlık Ocağı Hekimi - Aydın)</i> <i>Ebe Özlem Yıldız (ASM çalışanı - Manisa)</i>
12.45 – 13.45	ÖĞLE YEMEĞİ
13.45 – 14.45	III. Oturum (Panel) Yönetici: <i>Prof.Dr.Hilal Özcebe – Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak.</i> Birinci Basamakta Olumlu İşbirliği Örnekleri <i>Doç. Dr. Ali Ceylan - Dicle Ün. Tıp Fak.</i> <i>Doç. Dr. Emel İrgil - Uludağ Ün. Tıp Fak.</i> <i>Dr. Tevfik Oğuz - Kemalpaşa TSM- İzmir</i>
14.45-15.15	ARA
	IV. Oturum Yönetici: <i>Prof.Dr.Meliksah Ertem - Dicle Ün. Tıp Fak.</i> Çalıştay: Toplum Sağlığı Merkezleri
15.15 – 16.15	Çalıştay Hazırlık Sunumları: <i>Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt - Pamukkale Ün. Tıp Fak.</i> <i>Doç. Dr. Ferdi Tanır - Çukurova Ün. Tıp Fak.</i> <i>Dr. Halil Ekinci - TC Sağlık Bakanlığı, TSH GM</i>
16.15– 18.00	Grup Çalışmaları

III. GÜN	17 EKİM 2009 CUMARTESİ
09.30 – 11.00	I. Oturum (Panel)
	Yönetici: <i>Prof.Dr.Gül Ergör - Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak.</i>
	“Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklar Alanında Yeni Gelişmeler ve Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı”
	<i>Dr. Mehmet Ali Torunoğlu - TC Sağlık Bak, TSH Gn Md Yrd</i>
	<i>Dr. Ercan Bal - TC Sağlık Bak, TSH GM, Bulaşıcı Hastalık Daire Bşk</i>
	<i>Doç.Dr. Sibel Kalaça - Marmara Ün. Tıp Fak.</i>
11.00-11.30	ARA
11.30 – 12.45	II. Oturum (Panel)
	Yönetici: <i>Prof.Dr. Nazmi Bilir - Hacettepe Ün. Tıp Fak.</i>
	Temel İş Sağlığı Hizmetlerine Kavramsal Bakış
	<i>Doç.Dr. Yücel Demiral - Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak.</i>
	<i>Dr. Halil Ekinci - TC Sağlık Bak, TSH Genel Müdürlüğü</i>
	<i>Dr. Buhara Önal - TC ÇSGB, İSGÜM</i>
12.45 – 14.30	ÖĞLEN ARASI ve Poster Başlı Tartışma
14.30 – 15.30	III. Oturum
	Yönetici: <i>Doç.Dr.Pınar Avcı - Adnan Menderes Ün. Tıp Fak.</i>
	Bildiri Sunumları
15.30-16.00	ARA
16.00 – 17.30	IV. Oturum
	Yönetici: <i>Prof.Dr.Erhan Eser - Celal Bayar Ün. Tıp Fak.</i>
	<i>Prof.Dr.Meliksah Ertem - Dicle Ün. Tıp Fak.</i>
	Çalıştay Sunumları ve Forum
	KAPANIŞ

İÇİNDEKİLER

Kongre Programı	iv
İçindekiler	vii
Sunuş	xi
Konferans Ve Panel Sunumları	1
Alma-Ata'dan 30 Yıl Sonra Gelinek Nokta: Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı Değişti	2
İzmir'de TSM Deneyiminden Bazı Notlar	8
Birinci Basamakta Sağlık Ocağı Hekimlerinin Sorunları	9
Birinci Basamakta Olumlu İşbirliği Örnekleri	10
Üniversite - Belediye İşbirliği	12
Kemalpaşa İlçesi Tarım İşçisi Göçerlerine Yönelik 2008 Yılı Saha Çalışmaları....	14
Haziran 2008' Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) Değerlendirme Toplantısı.....	16
Adana'da Aile Hekimliği Uygulamalarına Bakış	20
Dünyada Ve Türkiye'de Saha Epidemiyolojisi Eğitimi	23
Temel İş Sağlığı Hizmetleri	27
Temel İş Sağlığı Hizmetlerine Kavramsal Bakış	33
Bildiriler	35
Fethiye İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi.....	36
Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Astım, Koah, Bronşektazi Hastalarının Yaşam Kaliteleri Ve Kaygı Durumlarının İncelenmesi	37
Sağlık Yüksekokulu 4. Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Beklentileri Ve Kaygıları	38
Muğla'da Halk Sağlığı Uygulaması (Ev Ziyareti) Sırasında Karşılaşılan Bir Olgunun Sunumu: Enterobius Vermicularis	39
Hatay Merkezdeki Lise Öğrencilerinin Hemoglobinopatiler Hakkında Bilgi, Tutum, Davranışları	40
Aile Hekimliği Sisteminde Performans Değerlendirme Ölçütleri	41
Ülkemizde Anne Haklarının 30 Yıllık Öyküsü.....	42
Özel İşletme Sahibi Ve Çalışanlarının 'Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun' İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları	44
Kayseri İl Merkezinde Halkın Sağlık Hizmetlerindeki Değişimi Değerlendirmesi	45

Toplum Sağlığı Merkezleri Yönergesinde Sağlık Eğitimi'nin Değerlendirilmesi.	46
Tuzla Tersaneler Bölgesindeki Bir Tersanede Gerçekleşen Yaralanmayla Sonuçlanan Kaza Sıklığının Ve Ağırlığının Belirlenmesi	47
Bir Üniversite Hastanesinde Temizlik Çalışanlarının Temizlik Ve Hijyen Konusundaki Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	48
Tıp Fakültesi Birinci Ve Altıncı Dönem Öğrencilerinin Biyolojik Sağlık Riskleri Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi	49
Aydın Belediyesi Adnan Menderes Mahalle Konağı Halk Eğitimleri.....	50
Gümüşhane İli Kelkit İlçesi Deredolu Beldesi Hepatit A Salgını	51
Manisa İlinde Aile Hekimleri Tarafından Sunulmakta Olan Bazı Koruyucu Hizmetlerin Değerlendirmesi.....	52
0-1 Yaş Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi	53
Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Özel Hekimlerin Gebelik Tetanozuna İlişkin Görüşleri.....	54
Gebe Kadınların Öz Bakım Gücünün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi	55
Sosyal Sınıfın Ve Sağlık Güvencesinin Sağlık Hizmet Kullanımı Üzerine Etkisi: Bir Eşitsizlik Araştırması.....	56
AB Destekli Sağlığı Geliştirme Davranışı Projesi: Yaşamayı Seviyorum, Kimseyi Ağlatmıyorum.....	57
Manisa'da Üç Farklı Yerleşim Özelliğine Sahip İlköğretim Okulunun 4. Sınıf Öğrencilerinin Büyüme, Gelişme Durumu Ve Beslenme Bilgi Düzeyleri.....	58
İkinci Baharını Yaşayanlar Dinlenme Ve Sohbet Evi.....	59
Toplum Sağlığı Merkezleri'nin Görevlerini Yerine Getirmedeki Yeterliliğinin Hekimler Tarafından Değerlendirilmesi.....	60
Manisa İlinde 2008 Yılında Meydana Gelen Bebek Ölümleri Ve Ölü Doğumlar... 61	
Mersin İlinde 2004 - 2008 Yıllarındaki Verem Savaşı Dispanseri Kayıtlarının Değerlendirilmesi.....	62
Balıkesir İbrahim Bodur Çıracılık Eğitim Merkezine Devam Eden Çıracıların Sosyodemografik Özellikleri Ve Çalışma Koşullarının İncelenmesi	63
Muğla Merkeze Bağlı Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çalışırken Maruz Kaldıkları Psikolojik Şiddetin (Mobbing) İncelenmesi.....	64
Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Bdö) (Primary Care Assessment Survey) İle Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	65

Kadınlara Yönelik Erkek Şiddeti Ve Şiddetle Başa Çıkma İle İlgili Düşüncelerin Saptanmasına Yönelik Niteliksel Bir Çalışma	66
Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hipertansiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyi Değerlendirilmesi.....	67
Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yaş Grubu Kadınların Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları.....	68
Hemşirelik Öğrencilerinin Domuz Gribi Ve Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri.....	69
İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinde Hepatit B Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi.....	70
Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20 Yaş Ve Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkındaki Bazı Bilgi Ve Görüşleri, Ankara.....	71
Manisa Kent Merkezinde Bir Aile Sağlığı Biriminde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	72
İstanbul'da Bir Özel Hastanenin Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Gebelik Diyabeti Prevalansının Belirlenmesi	73
Bir Özel Hastanenin Beslenme Ve Diyetetik Bölümüne Başvuranlarda Obezite Tanısında Beden Kütle İndeksi Ve Vücut Bileşenlerinin İlişkisi.....	74
Başhemşirelerin Yönetsel Başarı Düzeylerinin Analizi.....	75
İğne Ucu Yaralanmaları Korunma Önlemleri.....	76
Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Personelinin El Yıkama Alışkanlıkları.....	77
Mersin İlinde Görev Yapan Hekimlerin Sağlık Ve Çevre Boyutuyla Nükleer Enerjiye Bakış Açılarının Değerlendirilmesi.....	78
Diyarbakır İl Merkezinde 0-59 Ay Çocuklarda Malnutrisyon Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler.....	79
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Birinci Basamakta En Sık Karşılaşacaklarını Düşündükleri Sağlık Sorunlarının Araştırılması	80
Kuş Gribi Ve Etik; Bir Olgu Sunumu	81
Denizli İli Kent Merkezinde Doğalgaz Kullanımının Hava Kirliliği Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	82
Yatan Hasta Ve Refakatçilerinin Gözüyle Bir Üniversite Hastanesinde Sigara Yaşına Uyum Durumu	83
Aile Hekimliği Uygulaması İle Ekip Anlayışının Yok Oluşu: Manisa Örneği	84
2006-2009 Yıllarında Diyarbakır'da Yapılan İnflüenza Sürveyansı	85

Diyarbakırda Aynı Yemek Fabrikasından Kaynaklanan 2 Besin Zehirlenmesi Salgını.....	86
Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Görüşleri.....	87
Pelvik Muayene Sırasında Kadınların Anksiyetesinin Azaltılmasında Ebelik Yaklaşımının Etkisi.....	88
Tokat İli Yeşilyurt İlçesi Akut Gastroenterit Salgını	89
Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Pcas; Primary Care Assessment Survey) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerine Ayaktan Tanı Tedavi İçin Başvuranlardaki Psikometrik Özellikleri.....	90
Diyarbakır'da Yaşlıların Sağlık Sorunları	91
Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane Ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ödeme Sistemi İle İlgili Görüşleri.....	92
Mersin İl Merkezindeki Sağlık Ocağı Çalışanlarının İşyeri Sağlık Risklerinin Değerlendirilmesi.....	93
Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı Ve Etkili Faktörlerin Araştırılması	94
Bir Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Pratisyen Hekim Olarak Yeterlilik Algılarının Değerlendirilmesi	95
Manisa İli Salihli İlçesindeki Toplu Besin Zehirlenmesi.....	96
Yazar Dizini.....	97

SUNUŞ

Sevgili Temel Sağlıkçılar,

Yaşamın güçlükleri nedeniyle zorunlu olarak verdiğimiz bir yıllık aradan sonra yeniden ve 6. kez birlikte olabilme sevincini paylaşmak için İzmir'de toplanıyoruz. Bu kez, İzmir Tabip Odası ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının katılımı ve Balçova Belediyesinin destekleri ile gücümüzü artırdık.

Bu yıl üç ana konu üzerinde çalışacağız:

-Alma Ata'dan 30 yıl sonra Temel Sağlık Hizmetleri nerede?

-Aile Hekimliği Pilot uygulamasında Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) yeri, yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri neler?

-Temel İş Sağlığı Hizmetleri kavramı nedir?

Bu yıl, 6. Temel Sağlık Hizmetleri buluşmamızda TSM'ler konusunda herkesin sesine kulak vermek üzere bir çalıştay yapıyoruz; 1. basamak sağlık hizmetleri konusunda geçmiş süreci, günümüzü ve geleceği evrensel doğrular ışığı altında görmeye çalışacağız.

Alan uygulayıcısı, akademisyeni ve yöneticileri ile hep birlikte aynı gemide birinci basamağa katkıda bulunmak umuduyla...

Saygı ve sevgilerimizle.

Kongre Düzenleme Kurulu

KONFERANS ve PANEL SUNUMLARI

ALMA-ATA'DAN 30 YIL SONRA GELİNER NOKTA: TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI DEĞİŞTİ

Doç. Dr. Bülent Kılıç

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

I-TSH İçin İlk Dönem (1970-1990):

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), İngilizce metinlerdeki yazımıyla Primary Health Care (PHC) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından her zaman tartışılan, gündemde olan bir konu olmakla beraber resmi olarak ilk kez DSÖ dokümanlarında yer alması Alma-Ata'dan 8 yıl önce 1971 yılında kurulan özel bir çalışma grubunun 1973 yılında açıklanan raporunda olur. Bu rapordan sonraki 5 yıllık süreçte DSÖ hemen her toplantısında ve tüm gruplarında, ofislerinde ve ülkelerde TSH üzerine çalışmalar yapmış ve raporlar hazırlamıştır. Tüm ülkelerin onayladığı özel bir bildirge hazırlanması kararının resmîyet kazanması ise 1975'te alınan "en kısa zamanda uluslar arası bir toplantı düzenlenmesi" kararıdır. DSÖ, kuruluşunun 30. yılında sağlık hizmetlerine yönelik özel bir bildirge yayınlama kararını 3 yıl öncesinden planlamıştır.

Alma-Ata'dan bir yıl önce gerçekleştirilen çok sayıda uluslar arası ön toplantı ve özellikle 1977 yılında 30. Dünya Sağlık Kurultayında kabul edilen "herkes için sağlık" sloganı (HFA-Health For All for by the year 2000) TSH kavramının da sloganı olmuştur. Bu kurultayda DSÖ başlıca amacını; "2000 yılına kadar herkesin, sosyal ve ekonomik bir açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesini sağlamak olmalıdır" şeklinde açıklamıştır. Bundan bir yıl sonra DSÖ, 12 Eylül 1978'de iki maddesini TSH'nin tanımına ayırdığı Alma-Ata Bildirgesi ile 9-10 temel konuya dikkat çekmiştir:

- 1.Sağlık
- 2.Eşitsizlikler
- 3.Sağlık ve ekonomik/sosyal kalkınma arasındaki ilişki
- 4.Katılım
- 5.Herkese sağlık
- 6.TSH (PHC) tanımı
- 7.TSH (PHC) içeriği
- 8.Hükümetlerin görevleri
- 9.Ülkeler arası işbirliği
- 10.Kaynakların akılcı kullanımı

Alma-Ata Bildirgesi 6. maddesinde TSH'yı şöyle tanımlamıştır:

"TSH, pratik ve bilimsel temellere oturmuş, bilimsel ve sosyal açıdan kabul edilebilir yöntemler ve teknoloji ile toplumda bireylere ve ailelere onların tam katılımı ve kabul edebilecekleri bir maliyetle sunulan ve evrensel düzeyde ulaşılabilir, esas/temel (essential) sağlık hizmetleridir. Ülkenin hem sağlık sistemine entegre olmuş hem de sosyal ve ekonomik kalkınabilirliğine odaklanmış olmalıdır. TSH, bireylerle ilk temas noktasıdır ve aileye ve topluma onların yaşadığı ve çalıştığı yerlerde, onlara olabildiği kadar yakından ve ulusal sağlık sistemi aracılığıyla sağlık hizmetlerinin ilk elemanı olarak ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumunu sağlar".

Bildirge 7. maddesinde de TSH içeriğini çok daha ayrıntılı maddeler halinde vermiştir. Örneğin:TSH, en azından şu hizmetleri içerir başlığı altında 8 temel hizmet sayılmaktadır:

*Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması;

- *Başlıca enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama;
- *Yerel endemik hastalıklardan korunma ve kontrol;
- *Sık görülen hastalıklar ve yaralanmalara karşı uygun tedavi;
- *Toplumun sağlık sorunlarını, korunma ve kontrol yöntemleriyle çözmek amacıyla sağlık eğitimi yapılması;
- *Uygun beslenme ve gıdanın sağlanması;
- *Güvenli su ve temel sanitasyonun sağlanması;
- *Temel ilaçların sağlanması.

Alma-Ata Bildirgesinde geçen tüm terimler alt alta sıralandığında temel sağlık hizmetlerinin özelliklerini içeren alttaki 11 maddelik liste oluşur (Listede İngilizce terimler parantez içlerinde verilmiştir):

- 1-Tedavi, Koruma, Geliştirme ve Rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada olduğu çok yönlü bir hizmettir (preventive, promotive, curative, rehabilitative services)
- 2-Entegre hizmetlerdir (integrated)
- 3-Kapsayıcı olmalıdır (comprehensive)
- 4-Öncelikli olmalıdır (priority)
- 5-Ulaşılabilir olmalıdır (accessible)
- 6-Sürekli olmalıdır (continuous)
- 7-Sevk zinciri olmalıdır (referral systems)
- 8-Sağlık ekibi tarafından verilmelidir (health team)
- 9-Katılımcı olmalıdır (participation)
- 10-Kabul edilebilir olmalıdır (acceptable)
- 11-Sektörler arası işbirliği olmalıdır (coordination of all sectors)

Kısacası günümüzden 30 yıl önce TSH tüm toplumun sağlık düzeyini geliştirmeye yönelik ve 11 değişik özelliğe sahip, bütüncül bir kavram olarak gündeme gelmiştir. Buraya kadarki bilgilerin ışığı altında TSH tanımı şu şekilde özetlenebilir:

“TSH (esas/temel/birincil sağlık hizmetleri) sağlık hizmetlerinin koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici boyutuyla, sürekli, entegre, öncelikli, ulaşılabilir, kabul edilebilir, ekip hizmetine ve sevk zincirine dayalı, sektörler arası işbirliğini ve toplum katılımını da içerecek şekilde, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde, onlara en yakın ve ilk temas noktası olarak en az 8 hizmetin (AÇS-AP, aşı, gıda, su, eğitim, tedavi.. vb) sağlanmasıdır”.

Alma-Ata'dan 2 yıl sonra 1980 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi, Avrupa Stratejisini belirledi ve Avrupa Bölgesi için temel hedefler belirlenmiş oldu. 1981 yılında herkes için sağlık yolunda Birleşmiş Milletler (BM) global bir strateji belirledi. 1984 yılında ise DSÖ Avrupa Bölgesi 38 hedef belirledi. Başlangıcı 1980 yılı olmak üzere, bu hedeflere 2000 yılına kadar ulaşmak hedeflendi.

II-TSH İçin Sonun Başlangıcı (1991-2007)

1990'lı yıllara gelindiğinde DSÖ tarafından belirlenen hedeflerin gerçekçi olmadığı ortaya çıkmış durumdaydı. 2000 yılına on yıl kalmıştı ve hedeflere ulaşılması teknik olarak mümkün değildi. Üstelik ortada kabul edilemeyecek bir durum vardı: Merkez kapitalist ülkelerle onlara bağımlı sağlık açısından geri kalmış çok sayıda sömürge ülke ve sağlık sistemleri değişimden sonra çöküntüye giren ama yeni bir pazar olarak ortaya çıkan eski sosyalist ülkeler, kitlesel işsizlik ve getirdiği ucuz emek, angarya-kölelik-çocuk işçi

kullanımı, sendikasızlık ve sosyal güvencesizlikte artış. Kısacası eşitsizlikler giderek artıyor, hedeflere ulaşmak zorlaşıyordu.

Bu nedenle 1991 ve 1995 yıllarında takvim belli hedeflere göre 2005, 2010 ve 2020 yıllarına uzatıldı. 1997 yılında hedefler revize edilerek 26'ya indirildi. Bir yıl sonraysa 1998'de hedefler 21. yüzyılın şerefine 21'e indirildi (Health 21). 2000 yılında devreye tekrar giren BM, Bin Yıl Zirvesi adı altında düzenlenen New York toplantısında 189 ülkenin imzasıyla (en ilginç "yoksulluğun kaldırılması" maddesi olan) milenyum (binyıl) kalkınma hedeflerini (8 adet) açıkladı.

Ancak tüm bu gelişmelerden daha da önemlisi 1978'de açıklanan TSH kavramının 1990'lı yıllarda artık sert bir şekilde tartışmaya açılmış olmasıydı. Temel soru şuydu:

TSH ülkeler tarafından yanlış mı anlaşılıyordu? Yoksa gerçekten tanım mı eksikti?

1990'lı ve 2000'li yılların TSH'nın tartışılarak geçirildiği bu dönemde gelinen nokta DSÖ dokümanlarından kısaca şöyle özetlenebilir:

1. TSH bir yaklaşımdır (approach). Bu yaklaşım özellikle şu temel ilkeleri içerir:

*evrensel ulaşılabilirlik (universal accessibility),

*toplumsal ve bireysel katılım (community and individual involvement),

*sektörler arası işbirliği (intersectoral action),

*uygun teknoloji kullanımı ve maliyet etkili yaklaşım (appropriate technology and cost effectiveness).

2. TSH sadece ilk temas yeri değildir (sadece birinci basamak değildir). Her basamağı içerir.

3. TSH sadece 1978de sayılan minimum 8 hizmeti içermez. Bir hizmet listesi yapılmamalıdır.

4. 1978de Alma-Ata'da yeterince ele alınmayan iş sağlığı hizmetleri daha kapsamlı olarak ele alınmalıdır (Bu amaçla DSÖ içinde Temel İş Sağlığı Hizmetleri –Basic Occupational Health Services çalışma grubu oluşturulmuştur).

5. TSH sadece yoksul ve geri kalmış ülkelere yönelik değildir

6. TSH sadece toplum tabanlı hizmetleri değil, hastane hizmetlerini ve diğer hizmetleri de içerir.

Artık DSÖ yetkilileri de yaklaşmakta olan 2008 yılını önemli bir fırsat olarak görüyorlardı. 2008, hem Alma-Ata'nın 30. yılı, hem de DSÖ'nün kuruluşunun 60. yılı idi. Birkaç yıl önce DSÖ başkanı olan Margaret Chan'a göre TSH yanlış anlaşılıyordu, bir ütopya gibi kabul edilmiş, her şey birbirine karıştırılmıştı. Bu nedenle bu yanlışların açığa çıkarılması gerekiyordu. Dr. Chan bir çok ekip kurarak 2008 yılı DSÖ raporunun TSH konusunu içermesini ve 2. bir Alma-Ata toplantısının hazırlıklarının yapılmasını istedi. DSÖ bir atak yapmak, 30 yılın bol gollü mağlubiyetlerini unutturmak, en azından bir gol atmak istiyordu.

III-TSH İçin Yeni Bir Dönem: Bir Reformlar Paketi Olarak TSH (2008-Alma Ata)

DSÖ 2008 yılında herkesin merakla beklediği "Dünya Sağlık Raporu"nda TSH'yı tekrar tanımladı. Ancak bu tanıma geçmeden önce raporun girişinde bir yandan geçen 30 yılda artan eşitsizliklere vurgu yaparak günah çıkartırken, bir yandan da kendini aklamaya çalışıyordu:

"Bugün insanlar 30 yıl öncesine göre daha sağlıklıdır ve daha uzun yaşamaktadırlar. Eğer çocuklar bugün 1978 yılındaki hıza göre ölüyor olsaydı her yıl 16.2 milyon çocuk ölmüş

ciurdu. Oysa bugün bu sayı 9.5 milyondur.....Bu durum ilerlemenin mümkün olduğunu göstermektedir”.

Raporda eşitsizliklerle ilgili en çarpıcı veri Kenya Nairobi’den veriliyordu. Nairobi’nin yüksek gelirli bölgesinde 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde 15’in altında iken, aynı şehirde Emabakasi gecekondu bölgesinde 5 yaş altı çocuk ölüm hızı yaklaşık 20 kat fazlaydı (binde 254). DSÖ raporu gelişmekte olan ülkelerde kent nüfusunun üçte birinin (1 milyardan fazla insan) gecekondualarda yaşadığını ve aynı kentte bir bölgede yaşayan insanların yaşam süresinin 75 yılı geçerken, diğer yerde yaşayanlarda bunun 35 yıla kadar indiğini belirtiyordu.

DSÖ, TSH’nın 30 yıllık geçmişindeki tüm bu gelişmelerde suçu 3 noktada buluyordu:

1)Sağlık sistemlerinin dünyanın 30 yıldaki değişimine verdiği yanıt yavaş ve yetersiz olmuştur.

2)Alma-Ata Bildirgesi çok büyük beklentiler yaratmıştır.

3)Dünyadaki gelişmeler TSH hareketinin çok az kontrol edebildiği bir şekilde olmuştur.

DSÖ’ye göre esas kabahat TSH hareketini bir “reformlar seti” olarak algılamayan yöneticilerdedir. Böylece DSÖ tarafından suçlular da bulunduğu göre 2008 raporunda yer alan TSH hareketinin yanlış anlaşılma noktaları alttaki tabloyla aktarılabilir:

Tablo 1: TSH Hareketinin Değişen Odak Noktası

TSH İlk Döneminde Nasıl Anlaşıldı?	Günümüzde TSH Reformları Nedir?
Anne ve çocuk sağlığına yoğunlaşma	Toplumdaki herkesin sağlığıyla ilgilenme
Sağlık girişimlerinin temel bir paket olarak yoksul ve kırsal bölgelere verilmesi	Sağlık sistemlerinin amacının evrensel bir kapsayıcılıkla ve herkese yönelik olması
Özellikle enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere seçilmiş bir grup hastalığa odaklanma	İnsanların tüm gereksinimlerine, risklerine ve beklentilerine göre bütüncül yaklaşım
Kırsal alanda su, sanitasyon ve hijyen koşullarının geliştirilmesi ve sağlık eğitimine odaklanma	Daha sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi, sosyal ve çevresel tehlikelerin sağlığa olan etkisinin azaltılması
Basit teknolojiyle çalışan, gönüllü ve profesyonel olmayan toplum sağlıkçıları	Uygun teknoloji kullanan, profesyonel sağlık çalışanlarından oluşan bir ekip
TSH hastane hizmetlerinin antitezidir	TSH tüm basamaklardaki kapsamlı bir hizmetin koordinatörüdür
TSH ucuzdur ve alçak gönüllü yatırımlar gerektirir	TSH ucuz değildir: Dikkate değer bir yatırım gerektirir fakat alternatiflerine göre maddi açıdan daha kazançlıdır

*WHO, World Health Report 2008, pp:XV (kısaltılarak)

2008 yılı DSÖ Dünya Sağlık Raporu, TSH’yı günümüz dünyasının sağlıkla ilgili mücadele alanlarına daha etkili bir yanıt verebilmesi için gerekli olan bir “**reformlar paketi**” olarak tanımlamıştır. Bu reformların temel hedefi sağlık sistemlerinin bileşenlerine yönelik olarak ve

4 temel başlık altında verilmiştir:

1.Evrensel Kapsayıcılık Reformları (Universal Coverage Reforms)

Bu reformun temel amacı sağlık hizmetlerinde eşitliği ve sosyal adaleti sağlamaktır. Evrensel kapsayıcılık 3 boyutta değerlendirilir:

*Genişlik Boyutu: Sağlık hizmetleri için sigortalı nüfusun çoğunluğu

*Derinlik Boyutu: Sunulabilen sağlık hizmetlerinin boyutu

*Yükseklik Boyutu: Sağlık harcamalarının ne kadarının kamu tarafından karşılandığı

Dolayısıyla evrensel kapsayıcılık nüfusun tamamının sigortalı olması, tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması ve hizmetlerin tamamının ücretsiz olması anlamına gelmektedir. Sigortasız nüfus, sunulmayan hizmetler veya maliyette paylaşım (cepten harcama) kapsayıcılığın azalmasına yol açar.

2.Hizmet Sunum Reformları (Service Delivery Reforms)

Sağlık hizmetleri insanların gereksinimlerine ve beklentilerine göre yeniden organize edilmelidir. Burada temel yaklaşım sağlık sistemlerini insan odaklı bir hale getirmektir. Klasik yaklaşım ve örgütlenme biçimleri olan poliklinik temelli hasta bakımları veya belli bir hastalığa yönelik kontrol programları yerini tüm yaşam döngüsü boyunca verilen, sürekliliği olan, bütüncül ve insan odaklı bir sisteme bırakmalıdır. Yani hastalanan insanların tedavisine veya öncelikli bazı hastalıkların kontrolüne odaklanmak yerine insanların yaşamlarının her dönemindeki sağlık gereksinimlerine odaklanılmalıdır. Bu anlamda TSH, her basamakta, her tür hizmet için bir koordinatör görevi üstlenmelidir.

3.Kamu Politikaları Reformları (Public Policy Reforms)

TSH için kamu politikaları reformları 3 alandaki politikaların geliştirilmesi çabalarını içerir:

*Sağlık sistemlerini geliştirmeye yönelik politikalar (Küba buna iyi bir örnektir).

*Daha sağlıklı bir toplum için oluşturulması gereken halk sağlığı politikaları (sağlığı koruma ve geliştirme politikaları ile risk faktörlerinin ortadan kaldırılması).

*Diğer sektörlerdeki politikaların geliştirilmesi ve sektörler arası işbirliğinin sağlanması.

4.Liderlik Reformları (Leadership Reforms)

Sağlık yöneticilerinin ve hükümetlerin daha güvenilir olmasını sağlayacak yönetsel alandaki reformlardır. Katılımcı, tartışma yöntemlerini bilen bir kurumsal liderlik biçimidir. Sağlık alanında hükümet ve hükümet dışı bir çok kurum vardır:Sağlık Bakanlığı, belediyeler, çeşitli sağlık örgütleri, dernekler, üniversiteler vb. Bu alanda en önemli aktör Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığının ülkede önderlik görevini üstlenen, farklı kurumların katılımına önem veren bir yapıda olması gerekir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığının yeterli ve güvenilir veri toplayan bir yapıda olması gerekir.

IV-Sonuç:DSÖ'nün yeni TSH Tanımı Nasıl Yorumlanmalıdır?

Sonuç olarak 30 yıl önceki TSH tanımında eksiklikler olduğu (her ne kadar DSÖ aksini iddia etse de) artık kabul edilmelidir. Buna karşın üye ülkeler de TSH tanımını ne yazık ki işlerine geldiği gibi yorumlamışlardır. Fakat DSÖ'nün ısrarla suçu, TSH'yı yanlış anlayanlarda bulması ve bir yorum hatasından yakınması, ek olarak TSH'nin başarısızlığını aslında yanlış ve büyük beklentilere bağlaması ne yazık ki gerçek suçluyu gözlerden kaçırma amacına hizmet etmekten başka bir işe yaramayacaktır. Gerçek suçlu sağlık hizmetlerini bir meta haline getiren, sağlıkta serbest piyasa düzeni kurallarını uygulayan kapitalist düzendir. Kapitalizm, sağlıkta eşitsizliklerin artmasından gerçek anlamda sorumlu ideolojidir. DSÖ'nün raporundaki kabul edilebilir en önemli noktalar maalesef eşitsizliklerin arttığını kanıtlayan çok sayıdaki veriler ve Küba sağlık sistemini politika geliştirmede olumlu bir örnek olarak göstermesi ile sınırlı kalmaktadır.

İkinci önemli nokta; DSÖ'nün son raporunda TSH'yı yeniden ve kapsamlı bir şekilde tanımlama çabası pek çok doğruyu içermekle birlikte (bkz Tablo-1), TSH'yı ısrarla bir reformlar paketi olarak gündeme getirmesi pek çok açıdan dikkatli olmayı gerektirmektedir. Sağlıkta reform girişimlerinin kapitalizmin yaygınlaştırılmasında kullanılan önemli araçlardan birisi olduğu önemli bir gerçektir. Yeniden biçimlenme anlamına gelen reform sözcüğü, yarattığı olumlu izlenimler nedeniyle bugüne kadar kapitalizmin uluslararası temsilcileri olan Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü ve IMF gibi örgütler tarafından bilinçli olarak kullanılmakta, ve tüm dünyada sağlık reformlarının yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır. Nitekim daha önce meslek örgütü ve sendikaların sert tepkileri ve koalisyon hükümetlerin parçalı yapısı nedeniyle Türkiye'de duraklamak zorunda kalan sağlık reformları 2003 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi'nin gelmesiyle bu sefer "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" adı altında tekrar yürürlüğe konulmuştur. Türkiye'de uygulanmakta olan reformlar DSÖ, Dünya Bankası, OECD gibi uluslar arası kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Son olarak Sağlık Bakanlığının isteğiyle OECD tarafından hazırlanan ve OECD ve Dünya Bankası'nın ortak basımı olan Türkiye raporu reformlara övgüler içermektedir.

Üçüncü nokta olarak, 2008 yılı DSÖ raporunda ele alınan reform paketleri içinde özellikle evrensel kapsayıcılık başlığı altında ele alınan sağlık sigortası yaklaşımı dikkatle ele alınmalıdır. Bu yaklaşım sigorta primine dayalı bir sağlık finansmanıdır. Sigorta sisteminin özellikle ABD başta olmak üzere başka ülkelerde de görüldüğü üzere bir havuz oluşturarak özel sektöre fon sağlamakta kullanılması olasılığı özellikle Türkiye gibi ülkeler için dikkatle değerlendirilmelidir.

Son olarak belirtmek gerekirse; DSÖ ciddi bir finansman sıkıntısı çekmekte ve yıllık tutarı 1 milyar dolar olan DSÖ bütçesinin yaklaşık %15'ini ilaç firmaları sağlamaktadır. Dolayısıyla kurum giderek daha fazla oranda çok uluslu firmalara ve belli ülkelere teslim olmaktadır. DSÖ'nün haklı olup olmadığını görebilmek için dikkatle izlenmesi gereken veriler sağlık alanındaki eşitsizliklerdir. Bu veriler düzelmediği müddetçe DSÖ'nün ve TSH reformlarının başarılı olduğunu söylemek olanaklı olmayacaktır.

Kaynaklar:

WHO (2008) The World Health Report 2008, Now More Than Ever. ISBN:978-92-4-156373-4, Geneva, Switzerland.

WHO (1997) Primary health care concepts and challenges in a changing world, Alma-Ata revisited. Current Concerns ARA paper no7, WHO/ARA/CC/97.1, Geneva, Switzerland.

WHO (1978) Alma-Ata 1978, Primary Health Care, Health for All series no:1, Geneva, Switzerland.

Aydın S (2008) Alma-Ata'dan günümüze temel sağlık hareketi. "Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri" (ed:Akdağ R) içinde s:24-47, Sağlık Bakanlığı yay. No:770, ISBN:978-975-590-296-8, Ankara.

Aksakoğlu G. (2002) "Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor" Toplum ve Hekim, 2002 c:17:2:91-100.

Kılıç B. "Sağlık Reformları"; Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), sayfa:241-244, Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, ISBN:975827187-3, İstanbul, Nisan 2006.

OECD, IBRD (2008) OECD sağlık sistemi incelemeleri:Türkiye. ISBN:978-975-590-282-1, OECD publishing.

İZMİR'DE TSM DENEYİMİNDEN BAZI NOTLAR

Dr. Nezihe Üzüm

Hatay TSM Sorumlu Hekimi/ Eylül-2009 İZMİR

İzmir ilinde aile hekimliği sistemine geçişle beraber pek çok pozitif gelişme ile birlikte, düzenlenip yeniden gözden geçirilmesi gereken çalışmalar gündeme gelmiştir.

Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte İzmir ili olarak I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde özverili çalışan insanların bir bölümünün TSM'lerde kalması sayesinde, gerçekte uygulanması gereken TSM-ASM (AH'leri) birlikteliği ve bir bütünün ayrılmaz bölümleri anlayışıyla pek çok problem ve aksaklık ekip ruhuyla İzmir sağlık göstergelerine yararlı şekilde çözümlenmektedir. Bunda gerçekten düzgün çalışan TSM ekibinin ve aile hekimlerinin payı büyüktür. Bu 2,5 yıllık yoğun uygulama sürecinde TSM adına edindiğimiz deneyimler doğrultusunda görüşlerimizi ve önerilerimizi şöyle özetleyebiliriz;

-ASM'lerdeki temsilci hekimlerin görevleri ve süreleri standart hale gelmelidir.

-ASM'lerdeki buzdolapları ısı kontrolü açısından (özellikle uzun süreli tatiller bu açıdan çok riskli) tek merkezden monütere edilmelidir.

-ASM'lerde haftanın belirli günlerinde her hafta bir hekim sırasıyla bölgenin nüfusuna yönelik sorunları baz alan halk eğitimleri planlanmalıdır.

-Aile planlaması hizmetlerine AH' ce gereken önemin verilmesinin sağlanması, AH'lerinin gebe tespitlerini, gebe izlemlerini daha sağlıklı kılacaktır.

-Yaşlı nüfusun %10'nun üzerinde olması nedeniyle geriatriye bağlı kronik hastalıklar sıkça görülmektedir. En çok görülen kronik hastalıklarda I.Basamak için Tanı-Sağaltım-Esenlendirme ile ilgili protokoller oluşturulmalıdır.

-Bulaşıcı hastalıklar konusunda ise olgular adrese dayalı olarak geldiği için birtakım boşluklar olabilmekte, özellikle bu konuda koordine bir veri tabanı oluşturulmalıdır.

- Tanı konan bulaşıcı hastalıkların, hastanın TC kimlik numarası üzerinden on line olarak ilgili birimlere (AH,TSM,Sağlık Grup Başkanlığı, İl Sağ.Md.)ulaştırılması bilgilere zamanında ve sağlıklı erişilmesine katkıda bulunacaktır.

-AH değişimi için ikamet zorunluluğu ve birtakım nedenler dışında, süre 6 aydan 1 yıla çıkarılmalıdır.

-Yılın 6 ayını yazlıkta 6 ayını kışıkta geçiren yada daha kısa süre yazlıkta kalan insanlar için pratik çözümler geliştirilmelidir.

-Geçici olarak başka bir ikametkahta ikamet eden gebe ve yeni doğan bebeğin takip ve bağışıklamalarının devamı bu süreç içinde veri kaybı olmadan sağlanabilmelidir.

-İl Sağlık Müdürlüğünden gelen tebligatlı (hem AH, özel sağlık kuruluşları hem de eczaneler için) yazıların on-line görülüp okunması sağlanabilmelidir.

-Yeni doğan bebeklerin hastaneden on-line anne TC Kimlik Numarası üzerinden AH'nin ekranına gelmesi sahada bilinmeyen gebe ve bebeklerin tespiti için büyük bir yol katetmemizi sağlayacaktır.

BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK OCAĞI HEKİMLERİNİN SORUNLARI

Dr. Adalet Çıbık

Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı - Aydın

Sağlık ocağı hekimlerinin sorunları Türkiye’de uzun yıllardır değişmemiştir. Ancak son dönem hükümetlerin politikalarına göre bazı sorunlar daha baskın hale gelmiştir. Bu dönemde tedavi edici sağlık hizmetleri ön planda olduğu için bununla ilgili sorunlar daha çok yaşanmaktadır.

Sağlık ocağı hekiminin sorunları ilk olarak okuduğumuz üniversitelerin ve hocaların birinci basamağa bakışını da içeren tıp eğitimi programlarıyla başlar ve devam eder gider. Tıp eğitiminin en büyük eksiği birinci basamağı yeterince desteklememesidir. Eğitim uzmanlaşma ve hastane hizmetleri üzerine verilmektedir.

Günümüzde Aydın’da sağlık ocaklarında artık her hekimin ayrı bir poliklinik odası bulunmaktadır. Bunun nedeni poliklinik hizmetlerinin daha çok verilebilmesini sağlamaktır. Hekimlerin performansa göre ücret alması, baktığı hasta sayısı üzerinden hesaplandığı için hekimler yoğun bir poliklinik hizmetine gömülmüş durumdadırlar. Sağlık ocağı hekimleri diğer pek çok meslektaşısı gibi performans ücretinden kayıp yaşamamak için ne yazık ki bilimsel konulardan uzak kalmakta, hizmet içi eğitimlere gitmek istememektedirler.

Polikliniklerde en çok sıkıntı çekilen konulardan birisi de sosyal güvencesi olmayan hastaların ilaçlarını alabilmek için başkalarının karnesine ilaç yazdırmak istemeleridir. Hekim olarak bu isteğe “hayır” demeniz bir çok sıkıntıyı da beraberinde getirmektedir. Tehditlere maruz kalabilmekte, hasta ve yakınları tarafından hakarete uğrayabilmektesinizdir. Çalışma ortamında meslektaşınız diğer hekimlerin bu tür isteklere boyun eğmeleri ise sorunun boyutunu daha da artırmaktadır.

Koruyucu hizmetlerle tedavi edici hizmetler performansa dayalı ödeme sisteminde birlikte zor yürümektedir. Poliklinik hizmetlerinin ön plana çıkması en büyük sıkıntı kaynağıdır. Yetersiz olan sağlık personeli, yoğun poliklinik hizmetlerine kaydırıldığı için sahaya da yeterince çıkılamamaktadır. Yoğun iş yükü, hasta bakımı, sağlık kayıtlarının da eksik tutulmasına yol açmakta, hekimler maddi getirisi olmayan bu gibi işlerle ilgilenmek istememektedir. Bu bağlamda koruyucu hizmetler de zarar görmektedir. Bu tip işler her zaman yapanların üzerine kalmakta ve bu durum çalışma barışının bozulmasına yol açmaktadır.

Yönetimle ilgili sorunlara gelinecek olursa; sağlık ocağı hekimlerine çıkartılan “geçici görev”ler en büyük yönetsel sorundur. Geçici görev tam olarak açıklığa kavuşmamış, pek net olmayan nedenlerle yapılmakta, gidilen yer ve çalıştığınız kurum başka sıkıntılarla karşılaşmaktadır..

Bir diğer sorun ise bilimsel etkinliklere katılmakta zaman ve katkı sorunu yaşamamızdır. Bilimsel çalışma yapmak isteyen arkadaşlarımız hem buna zaman bulamamakta, hem de desteklenmemektedir.

BİRİNCİ BASAMAKTA OLUMLU İŞBİRLİĞİ ÖRNEKLERİ

Doç.Dr. Ali CEYLAN

D.Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Diyarbakır

GİRİŞ

Halk Sağlığı Uzmanı görev tanımında "Halk sağlığı uzmanı araştırıcılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır" denmektedir. (Halk sağlığı/ toplum Hekimliği Uzmanı Meslek Tanımı Bilgi ve Beceri Listesi HASUDER Ankara 2002) Genellikle Üniversitelerin Tıp Fakülteleri, Sağlık Yüksek Okulları mezuniyet öncesi ve sonrası öğrencilerinin ve araştırma görevlilerinin eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesinde Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarını kullanmaktadır. Üniversitelerin (Halk sağlığı Anabilim Dallarının) Valilikler, Sağlık Müdürlü ve bağlı kurumlarla olan ilişkileri ve işbirlikleri bu faaliyetlerin yürütülmesini olumlu yönde etkileyeceği gibi yukarıdaki görev tanımında belirtilen hizmetlerde de görev almasını sağlar.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı Anabilim dalı olarak eğitim ve araştırma faaliyetlerimizi sürdürmenin yanı sıra, toplumun sağlık sorunlarının saptanması, var olan ve gelişebilecek sorunların çözümü ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmak amacındayız. Bu amaç doğrultusunda İl Valiliği, yerel yönetimler, Sağlık Müdürlüğü ve diğer sağlık kuruluşlarının yöneticileri, STK'larla işbirliği yapıp değişik kurullarda ve oluşumlarda görev alıyoruz.

Anabilim dalı öğretim üyeleri olarak görev aldığımız kurullar ve üyelikler şöyledir.

- İl Hıfzıssıhha Kurulu daimi üyeliği,
- "İl Salgın İzleme ve Denetim Ekibi"
- "İl Pandemi İzleme Kurulu" üyeliği
- İl tütün Kontrol Komitesi üyeliği
- İl Kanser Danışma kurulu üyeliği
- Diyarbakır YG21 Yürütme Kurulu ve Çevre Sağlık Ana Çalışma Grubu üyeliği,
- Diyarbakır Tabip Odası ve alt çalışma gruplarında üyelik.
- Çeşitli STK larda yöneticilik ve üyelik,
- Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim programlarında eğiticilik (Üreme sağlığı personel eğitimleri,)
- Sağlık Bakanlığının "Neonatal Tetanos Önleme Programı" vs ulusal aşı kampanyalarına katılım.
- Mezuniyet Öncesi Aile Planlamasını Güçlendirme Eğitimi (RIA Kursu) için AÇSAP klinikleri ile işbirliği

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi Diyarbakır İl Hıfzıssıhha Kurulunda daimi üyesi olup düzenli olarak toplantılara katılmakta ve alınan kararlarda ve uygulanmasında katkı sunmaktadır.

Sağlık Bakanlığının genelgesi doğrultusunda 2005 yılında Diyarbakır'da kurulan "İl Salgın İzleme ve Denetim Komisyonu" nun içinde yer aldı. Komisyon önce Diyarbakır'da sağlık kurumu insan gücü, laboratuvar alt yapısı vs bir envanter çıkardı ve görev bölümü yaptı.

- 2005 yılında ortaya çıkan kuş gribi tehlikesine karşı kurulan “İl Pandemi İzleme Kurulu”nda Anabilim Dalımızdan öğretim üyeleri yer aldı. Bu kurul tarafından
 - İl pandemi planı hazırlandı.
 - 2006 yılından itibaren influenza sürveyansı yapılmaya başlandı. Bu verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi yapılıyor.
 - 3 Ocak 2006 da Van’da gerçekleştirilen ve Bölgedeki Sağlık Müdürlüğü, İl Tarım Müdürlüğü personelleri Devlet Hastanelerinin başhekim ve uzmanlarının katıldığı bölgesel kuş gribi bilgilendirme toplantısına katılım ve destek sağlandı.
 - 2007 yılından beri her yıl grip mevsimi başında ildeki bütün sağlık personeli ve riskli grupların mevsimsel grip aşılması yapılıyor.
 - 2007 yılında Batman ve Gercüş’te görülen tavuk ölümlerinin incelenmesi ve sağlık personelinin kuş gribi ile ilgili eğitim toplantısına destek verildi.
 - Sağlık Bakanlığına bağlı birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları ile Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi personeline ve Kırsal hekimlik stajı yapan intönlere Bildirimi zorunlu hastalıklarla ilgili eğitimler düzenlendi. “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar rehberi” tanıtıldı.
- Bulaşıcı hastalıklarla ilgili salgın ihbarları değerlendirildi. Bu salgın ihbarlarına örnekler;
 - 28 Nisan 2008 tarihinde iki inşaat firmasında çalışan işçilerde görülen besin zehirlenmesi salgınını incelenmesi,
 - 18.02.2009 ve 24.02.2009 tarihlerinde aynı yemek fabrikasından kaynaklanan ve özel öğrenci yurtları ve bazı okullarda okuyan öğrencileri etkileyen besin zehirlenmesi salgınının incelenmesi
 - Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Diyarbakır Bölge Hıfzısıhha Müdürlüğü ve D.Ü.Tıp Fak. Halk sağlığı AD’ından oluşan bir ekiple 17.05.2008 tarihinde Siirt İl’inde görülen ishal vakalarının incelenmesi

ÜNİVERSİTE - BELEDİYE İŞBİRLİĞİ

Doç. Dr. Emel İrgil

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı AD.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine birinci basamakta uygulama olanağı yaratmak, bölge halkına nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve halk sağlığı ile ilgili saha araştırmalarını yürütmek amacıyla kurulan Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi protokolü, Sağlık Grup Başkanlığı ve Sağlık Müdürlüğü arasında yaşanan yönetsel sorunlar nedeniyle Uludağ Üniversitesi'nin bölgeden ayrılmasıyla sona ermiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin ve araştırma görevlilerinin eğitimi için gerekli olan uygulama alanı 30 Ekim 2001 tarihinde Nilüfer Belediyesi ile imzalanan bir protokolle Nilüfer Belediyesi sınırları içinde yer almıştır. Bu protokolle Uludağ Üniversitesi - Nilüfer Belediyesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Bölgesi kurulmuştur. Daha sonraları çeşitli zamanlarda yürürlüğe konan tedavi edici hizmetlerdeki uygulama değişiklikleri nedeniyle bu hizmetler 01 Şubat 2008 tarihinden itibaren Uludağ Üniversitesi üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. 28 Mayıs 2008 tarihinde 26889 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi yönetmeliği ile kurumsal bir kimlik kazanmıştır. Nilüfer Eğitim, Araştırma ve Uygulama Bölgesi hizmet alanı 13 Haziran 2008 tarihinde imzalanan protokol ile Uludağ Üniversitesi'ne devredilmiştir.

Bölge alanı belirlenirken kırsal, yarı kırsal bölgeler tercih edilmiştir. Bölgede nüfusun demografik özelliklerini ve risk gruplarını belirlemek amacıyla Evhalkı Tespit Fişleri (ETF) doldurulmuştur. Gebe, bebek, çocuk, 15-49 yaş evli kadın ve 65 yaş ve üzeri yaşlılar belirlenmiştir.

Bölgede Nilüfer Belediyesi ve diğer kurumlarla yapılan işbirlikleri:

Konutlar: Kullanılan su, hela tipi ve ısıtma araçlarının değerlendirilmesi sonrasında saptanan sağlıksız kullanımlar değerlendirilmiştir. Kuyu suyu kullanan evlerde sağlıklı su kullanımı ile ilgili eğitimler verilmiş ve kuyu suları yaz aylarında daha sık olmak üzere belirli aralıklarla mikrobiyolojik olarak incelenmiştir.

Sosyo-ekonomik durumu kötü olanlar: ETF'lerin doldurulmaları sırasında gerek ebelerin gözlemleri, gerekse kişilerden alınan bilgiler doğrultusunda sosyo-ekonomik düzeyi kötü olan birey ve hanelere destek olmak amacıyla Nilüfer Belediyesi Vakfı (NİLVAK) ve Nilüfer Yerel Gündem 21 ile bağlantı kurulmuş ve bu kişilere gerekli destek halktan gelen malzemelerle verilmiştir. Nilüfer Belediyesinin düzenli bir yardım toplama çalışması olduğu için bu uygulama sürmektedir.

Özürllüler: ETF'lerde saptanan tüm özürllüler durumları değerlendirilerek gereksinimleri çerçevesinde desteklenmişlerdir. Ailelerine bilgi verilmiş ve eğitim gereksinimi olanlar eğitim kurumlarına yönlendirilmiş, araç - gereç gereksinimi olanlara ise yine NİLVAK ve Yerel Gündem 21 aracılığıyla araçları sağlanmıştır. Ayrıca ebelerimiz ev ziyaretleriyle ailelere destek olmaya çalışmaktadırlar.

Yaşlılar: Sağlık Bakanlığının izlemekle yükümlü olduğu risk grupları arasında yer almasa da yapılan ETF sonucu saptanan nüfusun olgun, bazı bölgelerde yaşlı olması nedeniyle, sağlık insan gücünü de göz önüne alarak 65 yaş ve üzeri nüfus yılda iki kez kan şekeri ve tansiyon arteriyel açısından izlenmeye başlanmıştır. Bu izlemler sonucu hem hipertansiyon hem de diyabetes mellitus açısından kişilerde ve ailelerinde farkındalık artmış, tedaviye uyumları yükselmiştir. Regüle olmayan hastalık durumları sorgulanarak ilaç alınmaması durumunda kişilerin ilaçları bağışlarla karşılanmaktadır. Sosyal güvenceleriyle ilgili olarak yanlış ya da eksik uygulamalar giderilmektedir. Ayrıca yoksul

yaşlılara para ve yiyecek yardımı yapılmakta, ev ziyaretleri sırasında gerek son sınıf öğrencilerinin gerekse ebelerin ziyaretleri onlara sosyal destek olmaktadır.

Okuryazar olmayanlar: Nüfusun eğitim durumu değerlendirildiğinde okuryazar olmayan genç nüfusun bazı bölgelerde fazla olması nedeniyle okuma yazma kursu açılmaya karar verildi. İki farklı yerde açılan bu kurslara katılmak isteyen kadınlar ebeler tarafından belirlenerek Halk Eğitim Merkezine bildirildi. Birinci aşama okuma yazma kursu tüm katılımcıların başarı ile mezun olmaları sonucuyla bitti.

İmam nikahlılar: ETF'lerin doldurulması sırasında ya da daha sonra göçle gelen nüfusta saptanan resmi nikahı olmayan çiftlere istekleri doğrultusunda Nilüfer Belediyesi tarafından resmi nikah kıyılmıştır. Tümü yoksul ve ekonomik durumu kötü olan bu çiftlerin nikahları sırasında kendilerine Yerel Gündem 21 ve NİLVAK tarafından malzeme desteği verilmiştir.

Gelişme geriliği olan bebek ve çocuklar: Bebek ve çocuk izlemleri sırasında ebeler tarafından büyüme - gelişme geriliği saptanan 6-24 aylık bebek ve çocuklara Nilüfer Yerel Gündem 21 Kadın Kolu tarafından sağlanan destekle süt verilmiştir. Persantil değerleri % 25'in altında olan çocuklara her ay düzenli olarak haftada bir kez birer litre süt dağıtılmıştır. Ayrıca annelerin beslenme eğitimleri yinelenmiştir.

Aile Planlaması hizmetleri: Bölgede yaşayan 15-49 yaş evli kadınların 2008 yılı verilerine göre % 22,4'ü kondom kullanmaktadır. Sağlık Bakanlığının aile planlaması yöntemlerini karşılamadaki sorunları nedeniyle Bölgede dağıtılan kondomlar Bursa Ecza Kooperatifi tarafından sağlanmaktadır.

İlkokul 1. Sınıf öğrencilerinin göz muayeneleri: Yalnız Bölge sınırlarında değil tüm Nilüfer ilçesi sınırları içindeki ilköğretim okullarının 1. Sınıflarına başlayan tüm çocukların görme kusurlarını erken saptamak ve önlem almak amacıyla görme muayeneleri Göz Nurunu Koruma Vakfı Yıldırım Göz Merkezi tarafından yapılmaktadır. Görme kusuru saptanan ve sosyal güvencesi olmayan çocukların ayrıntılı muayeneleri de yine bu Merkez tarafından ücretsiz yapılmaktadır.

Sonuç olarak, hizmet verdiğimiz Bölge halkının ekonomik, sosyal ve sağlık sorunları çeşitli kurumların işbirliği sonucunda çözülmeye çalışılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunulurken ekibin çok önemli bir parçası olan ebelerimiz halkın gözü, kulağı olmaktadır. Sunulan hizmetlerin diğer kurumlarca da desteklenmesi ve gelecekte de artarak çoğalması en önemli dileğimizdir.

KEMALPAŞA İLÇESİ TARIM İŞÇİSİ GÖÇERLERİNE YÖNELİK 2008 YILI SAHA ÇALIŞMALARI

V.Tevfik OĞUZ*, Zühtü BENLİ*, İlker GÜNAY**

* İzmir Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı- Toplum Sağlığı Merkezi

** İzmir Kemalpaşa Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

Kemalpaşa İzmir'in 29 km doğusunda yer alan, ekonomisini tarım, hayvancılık ve sanayinin oluşturduğu, 2008 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre 87147 nüfuslu bir ilçedir.

Bölgede sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezi, 11 Aile Sağlığı Merkezimiz'de 24 Aile Hekimliği Birimi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve bu merkeze bağlı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi, 112 Acil Yardım İstasyonu, 5 Sağlık Evi ve Bornova Türkan Özlhan Acil Yardım ve Travmatoloji hastanesine bağlı hizmet veren Semt Polikliniği tarafından halkımıza sunulmaktadır. 50 Yataklı Kemalpaşa Devlet Hastanesi inşaatı tamamlanmış olup hizmete girme aşamasındadır.

Kemalpaşa, son yıllarda giderek artan organik gıda talebinin karşılanması amacıyla, gerek ilçemizde gerekse komşu ilçelerde bulunan sebze ve meyve işleme tesislerinde çalışmak üzere özellikle yaz ve sonbahar aylarında mevsimlik tarım işçisi göçeri almaktadır. Tarım işçileri, aileleriyle birlikte gelerek sezonluk çadır yerleşkesi kurup sezon bitiminde tekrar geri dönmektedirler.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 19.03.2008 tarih ve 8594 sayılı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 07.04.2008 tarih ve 27561 sayılı Tarım İşçileri konulu yazıları kapsamında, Sağlık Grup Başkanlığımızda ilgili şubelerin katılımıyla 2008 yılı göçer nüfusa sunacağımız hizmetlerle ilgili değerlendirme toplantısı yapılmış ve saha çalışmaları planlanmıştır.

Yine Nisan 2008'de Bakanlığımız ve İl Sağlık Müdürlüğü yazıları dayanak alınarak İlçe Hıfzısıhha Kurulu gündemine konu alınarak Sağlık Grup Başkanlığımız koordinasyonunda, İlçe Tarım Müdürlüğü, Belediye Başkanlıkları ve muhtarlıkların işbirliği içinde çalışması, ana çocuk sağlığı, kadın sağlığı hizmetleri ve bağışıklama, sağlık eğitimi gibi bireye yönelik, konaklama alanlarına banyo, tuvalet, mutfak gibi sosyal tesislerin yapılmasının sağlanması, sağlıklı çevre, sağlıklı içme kullanma suyunun tüketilmesinin sağlanması, atıkların usulüne uygun toplanarak bertarafının sağlanması gibi yaşadıkları çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin verilmesi yönünde kararlar alınmıştır.

Mayıs 2008'de ilçemiz belediye başkanlıkları ve muhtarlarımıza bilgilendirme toplantıları yapılmıştır. İlçe Kaymakamlığı ile görüşülerek göçer nüfusun sağlık taramaları sonucunda gerekli tedavi giderlerinin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından karşılanması hususunda gerekli onaylar alınmıştır.

İlçemize ilk göçer topluluğu 2 Haziranda gelmiştir. Bunu izleyerek bir ay içinde dört farklı bölgede göçer çadır yerleşkesi kurulmuştur. Daha önceden planladığımız şekilde kurulmuş olan ekiplerimizce (1 doktor, 1 sağlık memuru, iki ebe-hemşire ve 1 çevre sağlığı teknisyeni) bu çadır yerleşkelerinde ayrı ayrı durum tespiti yapılarak tutanak altına alınmıştır.

Bu tespitlere göre bölgemize gelen tarım işçisi göçerleri, sergi alanları yakınında çuval ve naylon brandalarla derme çatma yapılan çadırlarda barınmakta, çadır yerleşkelerinin 2 tanesinde artezyen suyu, diğerlerinde taşıma suyu kullanılmaktaydı. Yemeklerini kendi olanaklarıyla yaptıkları tandırlarda ve yerde yaktıkları ateşler üzerinde pişirmekte, bulaşıklarını yere konulan paletler üzerinde yıkamaktaydılar. Tuvalet olarak iş makinalarıyla kazılan çukurların üzerine tahta palet konularak, banyo olarak da düz zemin üzerine tahta palet konularak ve etrafını çuval ve naylon brandalarla çevirerek

oluşturdukları barakalar kullanılmaktaydı. Tuvalet çukurlarının açık olması, banyo ve bulaşık sularının açığa akması, atıkların çevreye atılması ciddi bir sağlık tehdidi oluşturmaktaydı.

Yine göçer nüfusun gebe, bebek ve çocukluk dönemi izlem ve aşılama hizmetlerinin eksik olduğu tespit edilmiştir.

Bu tespitler sonucunda Sağlık Grup Başkanlığı koordinasyonunda çevreye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında, göçerlerin çalıştığı firmalarla bağlantıya geçilerek Hıfzısıhha kurulu kararlarımız gereği sorumlulukları aktarılmış, mutfak, tuvalet ve benzeri ihtiyaçların firmalar tarafından inşası için süreler verilmiş ve izlemi personelimize yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda işletmelerin hazırladığı tesisler göçerlerin hizmetine sunulmuştur. İlçe Tarım Müdürlüğü tarafından çadır yerleşkelerinde kene ilaçlaması yapılması sağlanmıştır. İlgili belediyelerle görüşülerek katı atıkların usulüne uygun toplanması ve bertarafı amacıyla yerleşkelere yeteri kadar çöp bidonu konulması ve atıkların belli aralıklarla toplanması sağlanmıştır. Sağlıklı içme ve kullanma suyu sağlanması amacıyla periyodik olarak su numunesi alınarak gerekli incelemeler Karşıyaka Halk Sağlığı laboratuvarında yaptırılmıştır. Böylece göçer nüfusa bölgemizde kaldıkları süre içerisinde sağlıklı içme ve kullanma suyu sağlanmıştır.

Yine Sağlık Grup Başkanlığı ekiplerince gerekli tüm izlem kartları ve aşılama kartları hizmet verilen birey adına çıkarılarak ilçemizde kaldıkları süre içinde gerekli izlemleri, sağlık taramaları ve aşılama hizmetleri yapılmıştır. Göçer nüfusun bulunduğu Aile Hekimliği Birimlerimize gerekli bilgilendirmeler yapılarak bölgelerindeki göçer nüfus hakkında bilgi verilmiş gerektiğinde acil ve diğer poliklinik hizmetlerin en yakın sağlık birimlerimiz tarafından verilmesi sağlanmıştır.

Personelimiz tarafından yapılan saha çalışmalarında 41 kadına üreme sağlığı ve güvenli annelik, 67 kadına aile planlaması danışmanlık hizmeti verilmiştir. Ayrıca kişisel temizlik ve hijyen, beslenme, ilk yardım ve kazalardan korunma konularında eğitimler verilmiştir.

Bölgemizde kaldıkları sürece 5 gebenin izlemleri yapılmıştır. Toplam 220 kişi sağlık taramasından geçirilmiştir. Reçetelerinin bedelleri Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından karşılanmıştır. 15-49 Yaş grubu kadınlardan toplam 41 kişiye ve 3 gebeye tetanoz aşısı uygulanmış ve kendilerine aşı takip kartları verilmiştir. 0-1 Yaş grubundan 3 bebeğin bağışıklama çalışmaları (Pentaxim 1-2, Hepatit B 1-2 aşısı) yapılmış, toplam 18 çocuğun Hib aşısı, 1 çocuğun da KKK aşısı yapılmıştır.

Sonuç olarak son yıllarda tüm batı il ve ilçelerinde olduğu gibi ilçemizde de sebze ve meyve işleme tesislerinde çalışmak üzere özellikle yaz ve sonbahar aylarında, doğu ve güneydoğu bölgelerinden giderek artan sayıda mevsimlik tarım işçisi göçeri gelmektedir. Tarım işçileri, aileleriyle birlikte gelerek sezonluk çadır yerleşkelerini hiçbir alt yapısı olmayan (Temiz içme ve kullanma suyu, çöp toplama yerleri, tuvalet, banyo ve mutfak gibi) yerlere kurmaktadır. Ayrıca buralarda belediyecilik hizmetlerine ve çocuklar için eğitim hizmetlerine de ihtiyaç doğmaktadır. Göçerlerin yaşadıkları çevre ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlık konusunda eğitilmesi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanmaları, sağlığın sürdürülebilmesi için gerekli olan yaşam standartlarının her bireye sağlanması açısından önemlidir. Bu çalışmalar birden çok sektörü ilgilendirdiğinden sektörler arası sağlıklı ve üretken işbirliğini de sağlamak gereklidir.

HAZİRAN 2008' TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ (TSM) DEĞERLENDİRME TOPLANTISI

Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Denizli

Bu yazıda Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile aile hekimliğinin(AH) uygulanmaya başladığı illerin tıp fakülteleri halk sağlığı anabilim dalları başkanları arasında 12-14 Haziran 2008'de Ankara, Kızılcahamam' da TSM konulu yapılan görüşmelerin özet değerlendirilmesi yapılmıştır.

Toplantının başında dönemin TSH Genel Müdür Yardımcısı Dr. O. Koray Arberk tarafından aile hekimliği uygulamalarında o güne kadar yapılanlar ve ulaşılan noktayı anlatan bir sunum yapılmıştır. Daha sonra katılımcı anabilim dalı başkanları sırayla söz alarak hem illerinde gözledikleri durum hem de aile hekimliği uygulamasının geneliyle ilgili görüşlerini açıklamışlardır. Son olarak HASUDER adına Prof Dr. Hilal ÖZCEBE görüş bildirmiştir.

Bu görüş bildirme sırasında öne çıkan noktalar şunlardır.

1. Aile hekimliği uygulamasının tedavi ağırlıklı bir zemine oturduğu koruma ve sağlığı geliştirmenin daha arka planda kaldığı,
2. Aile hekimliğine verilen nüfusun fazla olduğu bu büyüklükteki bir nüfusa verilecek hizmetin aksayabileceği, bu haliyle AH'lerinin özellikle kentsel bölgelerde saha hizmeti veremediği,
3. Aile hekimliği ve TSM lerin bölge tabanlı yapılması gerektiği,
4. Aile hekimliği ve TSM'nin bir bütün olması beraber değerlendirilmesi gerektiği ancak TSM lerin gerek yasal altyapı gerekse de verilen önem açısından geri planda kaldığı,
5. TSM çalışanlarının ücretlerinin aile hekimliğinde çalışan eşdeğer personele göre çok düşük olması ve geçici görevlendirme vb sorunlar nedeniyle çalışma motivasyonunun düşük olduğu,
6. TSM ve aile hekimlerinin görev tanımlarında kargaşa olduğu, aile hekimliğince verilmesi gereken bazı hizmetlerin (kişisel bazı raporlar vb)TSM'lere yüklendiği,
7. AH uygulamalarının sonuçlarının tam olarak değerlendirilmeden pilot uygulamada saptanan aksaklıklar giderilmeden, yasal zemin netleştirilmeden uygulamanın ülke geneline yayılmasının sakıncalı olacağı,
8. Tıp fakültelerinin halk sağlığı stajının yapılması gereken yerlerin TSM ler olduğu,

Bu gözlem ve görüş bildirme sonrasında "mevcut sistemde TSM nin konumu nedir ve nasıl olmalıdır" tartışılmıştır.

Öncelikle TSM'lerin tanımı yapılmıştır. *Topluma yönelik toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici hizmetleri planlayan ve uygulayan, bölgesindeki aile hekimliği hizmetlerini değerlendiren ve denetleyen, bölgesinin sağlık göstergelerini izleyen bir kurum olmalıdır, tanımı ortak kabul görmüştür.*

Tanım dışında üzerinde çoğunlukla mutabık kalınan noktalar şunlardır.

- TSM hizmetleri bölge tabanlı olmalıdır.
- TSM'ler bölgesindeki aile hekimleriyle eş tabanlı nüfusa göre yapılandırılmalıdır. Yani kişiler bağlı buldukları TSM nüfusu içindeki bir aile hekimini seçmelidir.
- Tekil aile hekimliği birimleri yerine aile sağlığı merkezlerinde(ASM) grup olarak çalışmalıdır(grup practice).

- Birbirine yakın küçük ilçelerin her birine bir TSM açmak yerine, coğrafi olarak da uygun olacak bir yerde, birkaç küçük ilçenin bağlı olduğu bir TSM açılmalıdır.
- **Eş Aile Hekimliği:** Yazlıkçılar, göçebe işçiler gibi yılın belirli sürelerinde değişik yerlerde ikamet eden ve birden fazla AH'den hizmet almak durumunda olan kişilerin, kayıtlı olduğu AH ile geçici süre kaldığı yerde hizmet aldığı AH'leri eş aile hekimleri olarak değerlendirilmelidir. Ücret ödemesi bu AH'leri arasında uygun bir şekilde paylaşılmalıdır.
- İlçe devlet hastanesi ile entegre TSM'ler olmamalıdır, varsa kaldırılmalıdır. Bunun yerine entegre ASM tanımlanabilir.
- İlçede birden fazla TSM var ise bunlardan birisi sağlık grup başkanlığı (SGB) görevini üstlenebilir.
- ASM ve TSM bütün olarak düşünülmeli, bunun bir göstergesi olarak Bakanlık düzeyinde Aile Hekimliği Daire Başkanlığının adı TSM-AH Daire Başkanlığı olarak değiştirilmelidir.
- TSM tipleri nüfusuna göre A, B, C olarak aşağıdaki gibi sınıflanabilir.
A tipi 60000-100000 , B tipi 30000-60000 C tipi 30000'den az
- TSM bölgesi bütündür, dar bölgede çok yönlü hizmet vermektedirler, hizmet örgütlenmesi dikey değil, yataydır.
- TSM'ler hizmet fonksiyonlarına göre şubeleştirilmelidirler. Şubeler ekip anlayışı içinde hizmet vermelidir. TSM şubeleri TSM tiplerine göre farklılaşabilir. Küçük TSM'lerde şube görevleri birleştirilebilir.
- Var olan köy sağlık evleri hizmet açısından AH'lerine, idari açıdan TSM'lere bağlı olmalıdır.
- TSM kurma aşamasında sağlık müdürleri eğitilmelidir.
- TSM'ler için tanımlanan çok yönlü hizmetlerin yürütülmesi için nitelikli elemanlar, görevlendirilmelidir.
- TSM'de personel sabit olmalı, geçici görevlendirmelerin yapıldığı depo konumundan çıkarılmalıdır.
- TSM'ler yeni mezun olmuş hekimlerin, sistem küskünlerinin, AH'ne puanları yetmeyenlerin ve de iş yeri hekimliği yapanların bulunduğu birim olmaktan da çıkarılmalıdır. TSM'lerde çalışanlarla aile hekimliği çalışanları arasındaki ücret farklılığı giderilmelidir. TSM çalışanlarının özlük hakları geliştirilmeli, aldıkları maaş emekliliğe yansımalıdır.
- **TSM yöneticileri halk sağlığı uzmanı veya doktorası yapmış hekimlerden olmalıdır.** Halk sağlığı uzmanı saha adaptasyon programı olmalı. Eğer halk sağlığı uzmanı yok ise en az 5 yıllık saha deneyimi olan pratisyen hekimler, belli bir eğitimden geçirilerek (sertifika sahibi(?)) TSM yöneticisi olarak görevlendirilebilir.
- TSM'de çalışacak sağlık personeline yönelik adaptasyon, birinci aşama ve ikinci aşama eğitimleri verilmelidir. Eğitimin sürekliliğinin sağlanması için il eğitim birimi oluşturulmalıdır. Eğitimler için Halk Sağlığı Anabilim dalları ile işbirliği yapılabilir. Eğitimler akreditasyona ve kredilendirmeye tabi tutulmalıdır.
- TSM çalışmalarının değerlendirme kriterleri tanımlanmalıdır.
- Mevcut mevzuat ile TSM performans kılavuzu ve yönerge arasında uyum yok. Performans kılavuzunun yeniden düzenlenmesi gerekir. Yeni mevzuat yapılırken halk sağlığı anabilim dallarından görüş alınması uygun olur.

- AH, TSM, Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı düzeylerinde kullanılacak verilerin tanımlanması gerekmektedir. Formların gözden geçirilmesi için komisyon oluşturulmalıdır.
- İnsidans, prevalans vb sağlık göstergelerinin takip edilmesi için uygun bir veri toplama sistemi geliştirilmelidir. AH ve TSM veri tabanları, hizmet, eğitim ve planlama açısından yeniden değerlendirilmelidir. Çalışma raporları ve Yıllık Faaliyet planları olmalıdır.

• TSM GÖREVLERİ

Toplum Sağlığı Merkezi, yönergesinde belirtilen hizmetlerin çoğu TSM görevi olarak kabul görmüştür.

- **Aile hekimliği ile ilişkiler:** Gereksinimlerin planlaması, İzleme/ değerlendirme, Lojistik, Hekim değiştirme işlemleri, Hizmet içi eğitim **TSM nin** AH leri ile ilgili görevleri olarak kabul görmüştür
 - TSM'ler bölgelerindeki AH'lerinin çalışmasının izleme ve değerlendirilmelidir.
 - TSM'lerin AH'leri değerlendirmelerinde standart bir kontrol listesi olmalıdır.
 - TSM'ler her bir AH düzeyindeki verilerden bilgi üretmeli, sürveyans yapmalı ve geri bildirimde bulunmalıdır.
 - TSM'ler bölgelerindeki AH'lerinin çalışmasına lojistik destek vermelidir.
 - Kişiye yönelik bütün raporlar, silah ruhsatları vb. belgeler AH'lerince verilmelidir.
 - Filyasyonu AH yapmalı. TSM'nin görevi salgın olasılığı için bulaşıcı hastalıkları denetlemeli, salgın olasılığı olduğu durumlarda AH ile birlikte filyasyon yapmaktır.
 - Sağlam ergen, çocuk ve erişkin izlemi AH'lerinin görevi olmalı. Okul sağlığının sağlığın geliştirilmesi ile ilgili olan kısmı TSM'nin, okul aşuları AH'nin görevi olmalıdır. Ancak salgın vb durumlarda ASM ve TSM birlikte okul aşularını yapmalıdır.
 - Bir aile hekimine birden fazla aile sağlığı elemanı verilebilir.
- Sağlığı geliştirme programları TSM'lerce yürütülmelidir.
- TSM'ler bölge dışı hastalar da dahil hiç hasta bakmamalıdır.
- İş sağlığı ve işçi güvenliği hizmetlerini bölgesindeki gerekli mevzuata göre TSM organize eder olmalı.
- Dış hekimliği hizmetleri de vermemelidir, dış hekimliği ASM'de yer alabilir.
- Yönergede belirtilen hizmetlerden üçünde farklı düşünce oluşmuştur. Bunlar;

1. **Laboratuvar hizmetleri** özellikle çevre sağlığı için gereklidir. Halk sağlığı laboratuvarının olduğu yerlerde halk sağlığı laboratuvarlarından, devlet hastanesinin olduğu yerlerde hastanelerden, eğer bu iki kuruluş yok ise TSM içinde laboratuvar hizmeti sağlanmalıdır.

2. **Acil Sağlık Hizmetlerinin verilmesi TSM görevleri arasında olmamalıdır.** TSM'ler acil hizmet verilmesinin **organizasyonundan sorumlu olmalıdır.**

3. **Adli Tıp Hizmetleri TSM tarafından verilmemelidir.** TSM adli tıp hizmetlerinin verilmesini sağlayacak organizasyonu yapmalıdır. Küçük yerleşim yerlerinde adli hizmetler ASM ve TSM tarafından ortak olarak verilebilir.

VSD ve AÇSAP'ların Durumu:

- *Büyükşehirler hariç her ilde bir VSD olmalı. Bunlar il sağlık müdürlüklerine bağlı çalışabilirler.*

- AÇSAP'ların üreme hizmetleri eğitim, danışmanlık ve sertifikasyon TSM bünyesinde verilebilir. İllerde bazı TSM'lerde üreme hizmetleri ağırlıklı olarak verilebilir. Bunun gibi özellikli TSM'ler kurulabilir.

Üniversiteler ile ilişkiler

- Üniversite ve ilgili yüksek okullarda eğitim müfredatına Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili bilgiler konulması sağlanmalıdır.
- *Halk Sağlığı Anabilim Dallarına sahada çalışabilecekleri eğitim ve araştırma bölgeleri sağlanması için SB ile yerel özellikleri de dikkate alan standardize protokoller yapılmalıdır.*
- Halk Sağlığı AD'larına illerinde AH uygulamalarını yıllık olarak değerlendirecekleri araştırmalar yapmasına izin verilmelidir.

ADANA'DA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINA BAKIŞ

Doç. Dr. Ferdi TANIR*

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., ADANA

Sağlık reformları 1980'lerden bu yana sosyal politikaların en çok tartışılan konularından birisidir. Küresel ekonomik dinamiklerin ve değişen yerel gereksinimlerin etkisiyle hızla dönüşen yaşam kalitesi sistemlerinin önemli bir parçası olan sağlık sektöründe de bu süreçte önemli değişiklikler yaşanmıştır. Türkiye'de 1980'lerin sonuna doğru liberal ekonomik eğilimlerden sağlık sistemi de etkilenmiş ve 1987'de çıkarılan "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu" ile kamu hastanelerinin yapısı değiştirilerek yeni işletme ve personel politikaları oluşturulma aşamaları başlamıştır. Değişiklikler, 2003 yılında "Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformları" içinde Dünya Sağlık Örgütü'nün sloganı "Herkesin Sağlığı" başlığı ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlatılmıştır. Programın amaçlarının; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken yolla, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmak olarak belirtilmiştir. Programda ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın güncel gereksinimlere göre yeniden organize edileceği de açıklanmıştır. Dönüşüm süresince yönetim ve eğitim faaliyetlerinin denetlenmesi konusunda Dünya Sağlık Örgütü ile bir anlaşma yapıldığı da belirtilmiştir. Bu uygulamaların yapılıp yapılmadığı ise kamuoyu ile paylaşılmamıştır. Sağlık sisteminde var olan sorunların giderilmesi amacı ile uygulandığı savunulan "Aile Hekimliği Sistemi"nin, hizmet veren ve alanlar tarafından değerlendirilmesi ile ilk değerlendirmeleri belirlemek mümkün olacağı düşünülmüştür. Bu amaçla bir yıldan biraz fazla bir süredir (15 ay) Aile Hekimliği sisteminin uygulandığı Adana ilinin eğitim bölgemizdeki uygulamalarının değerlendirmesini paylaşacağız.

Adana'da Aile hekimliği uygulamaları, 21 Mayıs 2008 tarihinde 586 hekim ile sözleşme yapılarak başlatılmıştır. Daha önce; 150 sağlık ocağı, 13 grup başkanlığı, 521 hekim, 42 hemşire, 702 ebe, 117 sağlık memuru, 39 çevre sağlığı teknisyeni, 21 sekreter, 126 hizmetli, 4 şoför ile yürütülen birinci basamak hizmetleri, 143 Aile Sağlığı Merkezi(ASM)'nde 589 Aile Hekimi, 575 Aile Sağlığı personeli, 18 Toplum Sağlığı Merkezi(TSM)'nde 54 Hekim, 46 hemşire, 51 ebe, 71sağlık memuru, 42 çevre sağlığı teknisyeni, 123 hizmetli ve 4 şoför ile yürütülmeye başlanmıştır.

1980 yılından 2007 yılına kadar geçen yaklaşık 30 yılda, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doğankent Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi olarak 1 ilçe ve 7 beldedeki yaklaşık 50.000 nüfusa hizmet vermekteydi. Bölgemizde, 8 sağlık ocağı ve 4 sağlık evinde; 22 hekim, 12 hemşire, 7 sağlık memuru, 1 çevre sağlığı teknisyeni, 24 ebe, 10 sıtma savaş memuru, 2 sekreter, 15 hizmetli ve 2 şoför ile hizmet veriliyordu. Aynı bölgede 2008 Mayıs'ından itibaren 6 ASM'nde 15 hekim, 18 yardımcı sağlık personeli ve bir TSM'nde 4 hekim 6 personel hizmet vermeye başlamıştır. İki sağlık ocağı ve 4 sağlık evi kapatılmıştır.

Çalışmamızda, eğitim bölgemizdeki sağlık kurumlarında çalışan hekim ve personel ile yapılan görüşmeler ile Nisan-Ağustos 2009 tarihlerinde intern hekimlerle kısa eğitim sonrası uyguladığımız çalışmalarla, 659 hizmet alan kişi ile yapılan yüz yüze anket görüşmesi sonuçları ve değerlendirmeleri bulunmaktadır. Anketler, hizmet alımı bittikten hemen sonra, hizmet alınan kurum içerisindeki bir odada, hizmet sunumuna katkıda bulunmayan intern hekimler tarafından uygulanmıştır. Sonuçlar bilgisayara kaydedilerek SPSS programında değerlendirilerek önerilerle sunulmuştur.

Anket yapılan kişilerin %45.8'i erkek, %54.2'si kadındır. Yaş ortalamaları: 29.2±5.5 (min:17, max:70)'dir. Eğitim durumlarının dağılımında; ilköğretim mezunu olanlar %41-76, okur-yazar olmayanlar %9-14, yerleşim yeri olarak belde-köyde oturanlar ise %73-96'dür. Mesleki durumlar; kadınların %90'ı ev hanımı, erkeklerin %12-25'i işçi, %15-19'u çiftçi veya serbest meslek sahibi, %3-10'u memur, %8-17'si ise işsizdir. Sosyal güvencelerinde %15-73'ü yeşil kart, %25-69 SSK(14/a), %20-32 Bağ-Kur(14/c), %10-15

emekli sandığı (14/b) ve %7-20'sinin hiçbir sosyal güvencesi yoktu. Başvurma nedenlerini; %26-76'sı muayene olmak, %27-61'i ise reçete yazdırmak olarak belirtmişti. ASM'de yapılan işlemler; %27-58 sadece reçete yazdırdığı, %17-50 ise muayene olarak tedavi verildiğini belirtmiştir. Genel olarak ASM hizmetlerinden memnuniyet; %50-79 iyi veya çok iyi, %27-47 ise orta ve/veya yetersiz olarak bildirimde bulunmuştur. Mesai dışı acil sağlık hizmetlerinden yararlanmaya; %44-76 yetersiz ve/veya alamıyorum bildiriminde bulunmuştur. %40-61 aynı hekimden hizmet aldığını, %46-79 hekim hizmetinden memnun olduğunu, %15-50'si hekimin mahremiyete yeterli duyarlılığı göstermediğini, %30-80 ise gösterdiğini, %22-57'si ise içeriği açıklanan koruyucu hekimlik hizmetlerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Aile Sağlığı Elemanları(ASE)'nin hizmetinin %15-79'u yetersiz olarak bildirilmiştir. Laboratuvar hizmetlerinden memnuniyet; %55-80 iyi, %17-39 orta veya yetersiz, AÇS-AP hizmetleri; %35-47 orta veya yetersiz olarak belirtilmiştir. Hekimler tarafından tekrar randevu alma durumu; %30-67 tekrar randevu verilmediğini, %23-80 yetersiz verildiğini belirtmiştir. TSM'nin ebe-hemşire hizmetlerinden %79 memnun, %15 yetersiz olarak bildirmiştir.

Sağlık personeli ve hizmeti alanlarla yapılan sözel görüşmelerde edinilen veriler:

1. Hekimlerin çalışma ortamı ve aldıkları ücretler eskiye oranla belirgin ölçüde iyileşmiştir. Hekimler özerk çalışmaları ve sabit yerde çalışabildikleri için memnun olduklarını belirtmişlerdir.
2. Hizmet alan kişiler hemen her gelişlerinde aynı hekimle görüşmeleri, istedikleri ilaçları yazdırabilmeleri ve istedikleri zaman sevk alabildikleri konularda eskiye göre memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin daha fazla zaman ayırarak hastalarla daha fazla ilgilenmeleri, bazı kurumlardaki fiziki yapıların daha uygun durumlara getirilmesi birçok yerde vatandaşların memnun oldukları durumlar olarak belirlenmiştir. Özellikle hekimlerin kendilerine davranışlarının daha iyi ve içten olduğunu belirtmişlerdir.
3. Kurum farkları ve bürokrasinin giderilmesi sonucu herkesin anlaşılabilir özel kurumlara da başvurabilmesi, her sosyal güvenlik kurumu üyesinin(SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) ilaçlarını hemen aynı koşullarda alması, karne ve sevk kağıdının sadece çalışanlardan istenmesi ve yeşil kartlılar dışındakilerin kurumlara başvurularındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması olumlu bürokratik düzenlemelerdir.
4. Bu sistemde çalışılan bölgelerde, hekimler ve diğer sağlık personeli arasındaki eşitsizlikler yüksek boyutlara ulaşmıştır. TSM çalışanları ile ASM çalışanları arasındaki görev ve ücret farkları, personelin çalışma uyumu ve ekip anlayışını ortadan kaldırmıştır. Sadece hekim hizmetini önceleyen, poliklinik ve ayaktan tedavinin hedef alındığı çalışma düzeni, ekip hizmeti anlayışlı çağdaş sağlık hizmetini bitirmiştir.
5. ASM hekimleri yoğun poliklinik içerisinde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi(AHBS)'nde yaşadıkları kayıt sorunları ve harcadıkları sürenin çokluğunu, yardımcı sağlık personellerinin yetersizliğini, her tür bürokratik ve mekanik sorunla kendilerinin ilgilenmek zorunda olduğunu, tüm formları günlük, aylık kendilerinin doldurduklarını,

mahalle-köy ziyaretlerinde ve hizmet içi eğitim için ASM'nde bulunmadıklarında polikliniğe başvuranların yakınlığını, bölge dışı hastaların bakımında sorunlar yaşadıklarını ve bakmak istemediklerini, izine ayrıldıklarında kendilerinin istediği yerine TSM'den görevlendirilen bir hekimin görevlendirilmesine karşı olduklarını belirtmişlerdir. Saha hizmetine gerekli zamanı ayıramadıkları için, gebe(6⇒4) ve çocuk(9⇒6) tespiti ve izlemlerinin, aşuların azaldığını, yatalak hasta tespit ve izlemlerinin azaldığını, ASE'nin işlemlerde yetersiz kaldığını, performans sistemin yanlış kriterleri olduğunu belirtmişlerdir. Sevk zincirinin zorunlu olmamasının, ASE'nin bölgeyi tanımayan ve periferde çalışmamış kişiler olmasının sıkıntı yarattığı, istifa eden ASE yerine hemen görevlendirme yapılamadığı için uzun süre hekimin tek çalışmak zorunda kalabildiği, ASM hekimlerine bağlı nüfusların farklı olduğu ve bunun kayıtlardaki düzensizliklerden(başka yerde yaşayan ama orada kayıtlı vb.) olduğunu

belirtmişlerdir. Yıllık izinlerinde performanslarının kesintiye uğramasından zarar gördüklerini ifade etmişlerdir. TSM hekimleri; toplum sağlığı hizmetlerinin geri plana itildiğini, sadece hekim açığını kapatma ve gece nöbetlerinde hekim olarak görüldüklerini ve değişik yerde piyon gibi yer değiştirerek görevlendirildiklerini, bunun dışında reçete yazamadıkları bürokratik görevler verildiğini, ücretlerinin çok düşük olduğunu belirterek mesleki depresyon yaşadıklarını, tek kurtuluşu TUS'a hazırlanıp kazanmak olarak seçtiklerini ve kendilerini hiçe sayan kurum için görev yapmak istemediklerini belirtmişlerdir. TSM'de çalışan diğer yardımcı sağlık personeli; çalışma ortamı, özlük hakları ve görevler konusunda yaratılan eşitsizlik ortamının çalışma şevklerini ortadan kaldırdığını ve devletin TSM'de çalışan personelinin tamamen gözden çıkardığını düşündüklerini, bu yüzden "parayı alan personel çalışsın" diyerek görev yapma isteklerinin kalmadığını belirtmişlerdir.

6. Ayrıca genel olarak, özelleştirme çalışmalarının özendirilmesi ve uygulanması, kişisel sağlık harcamalarının artması, ilaç kullanımının ve bağlı olarak harcamalarının görülmemiş boyutlara ulaşması, pahalı teknolojilerinin kullanımının gerektiğinden çok fazla kullanımına bağlı harcamaların artışı ile pahalı sistem, örgütlenme ile mevzuattaki karmaşa ve buna bağlı çok başlılık, keyfi-günübirlik uygulamalar, denetimdeki belirsizlik ve kontrolsüzlük, yerleşim yerlerine göre hizmet farklılıklarının giderilmemesi ile kırsalın dışlanması, entegre olmayan ve topluma değil kişiye yönelik hizmetlerin özendirilmesi ile kişisel özelliklere göre (kronik hastalıklı, yaşlılar, engelliler gibi) farklı uygulamaların oluşabilirliği, ülke koşullarına uymayan sistem ile aile hekimleri dışındaki hekimler ve sağlık personeli ile birçok vatandaşta hoşnutsuzlukların devam ettiği saptanmıştır.

ÖNERİLER:

1. Türkiye'de uygulan sağlık sisteminde tam bir piyasa mekanizması vardır. Finansman ile hizmet ayrılır. Bu nedenle prim ödemeye bağlı bir hizmet sınırlaması sürekli olacaktır. Diğer yandan enformel sektörün hızla arttığı ülkemizde prim toplama zorunluluğu giderek artacak ve nüfusun önemli bir kısmı sistem dışı kalarak eşitsizlikler de artacaktır.
2. Vatandaşlar açısından sağlık hizmetini alırken güvenilirlik ve kalite önemlidir. Hekimin özelden, kamuda maaşını alması, sözleşmeli olması onu bağlamaz. Hastaya tüketici veya müşteri gibi davranılmasını engellemek en önemli ilke olmalıdır. Sağlık kurumlarını işletmelere çeviren sistem ile bu ne kadar mümkündür? Organizasyon ve denetim bu açıdan çok önemlidir. DSÖ'nün sağlık örgütlenmesi kriterlerinden birinin de "Her ülke kendi dinamiklerine göre kendi modelini oluşturmalıdır" önermesini de unutmamak gerekir.
3. Hekim seçimindeki rekabet sonucunda, etkinliğin ve hizmet kalitesinin artışı düşünülmektedir. Ama ülkemiz vatandaşlarının eğitimleri ve eksik bilgilerle karar vermek zorunluluğunda oldukları bellidir. Özellikle acil müdahale ve ameliyat gerektiren durumlarda nasıl bir seçim yapılabilecektir?!... Söz konusu sağlık olduğunda insanların güveni ve sürekliliği tercih etmeye yatkın oldukları gözlenmiştir. Bu açıdan piyasa mekanizmasının yanlış sonuçlar vereceği kuşkusuzdur. İyi kurulmuş, güvenilir bir denetim mekanizması olan sistem daha uygun olacaktır.
4. Sağlıktaki sistem uygulamalarında politika yapıcılara büyük sorumluluklar düşmektedir; Temel Sağlık Hizmetlerinin etkinleştirilmesine mi önem verilmeli, pahalı teknolojik yatırımlara ve ilaçlara mı önem verilmeli? Halk Sağlığı programlarına mı öncelik tanınmalı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine mi? Hizmete ulaşmada eşitlik mi, yoksa harcamaların azaltılması mı daha önemlidir? Metropol ve kırsal kesimin sağlık sistemlerinin ayrı değerlendirilmesi gerekli değil midir?

Zararın neresinden dönülse kârdır, birlikte en iyisini yapabiliriz, neden olmasın?!...

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAHA EPİDEMİYOLOJİSİ EĞİTİMİ

Doç.Dr. Sibel Kalaça

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Saha epidemiyolojisi, zamanında bir müdahale için, hızlı ve yerinde bir inceleme gerekli olduğunda, epidemiyolojik yöntemlerin beklenmedik sağlık sorunlarına uygulanması olarak tanımlanmaktadır (1). Bu tanımdan yola çıkarak yeniden vurgulamak gerekirse, saha epidemiyolojisi, beklenmeyen sorunlarla ilgilenir; hızlı karar verilmesini, yerinde incelemeyi, hızlı değerlendirmeyi gerektirir, tanımlayıcı ve analitik epidemiyolojinin yöntemlerini kullanır.

Amerika'da CDC (Center for Disease Control and Prevention) çatısı altında 1951'de kurulan ve bir saha epidemiyolojisi eğitim programı olan EIS (Epidemic Intelligence Service), dünyada benzer programların başlamasına ve yayılmasına öncülük etmiştir. EIS programı mezunları, çiçek hastalığının eradikasyonu, AIDS virusunun geçiş yollarının ortaya konması, Lejyoner hastalığı, Ebola virus, Hanta virus vb pek çok konuda yürütülen çalışmalara katılmış ve bu alanda sağlanan başarılarla katkıda bulunmuştur. Avrupa'da yürütülen benzer eğitim programları da, Avrupanın pek çok bölgesinde, çeşitli sağlık sorunları ile ilgili surveyans sistemlerinin kurulmasına, geliştirilmesine, bu sistemlerin performanslarının izlenmesine ve değerlendirilmesine katkı sağlamıştır. Çeşitli hastalıklara ait salgınlar tespit edilmiş, uygun epidemiyolojik ve laboratuvar yöntemler kullanılarak salgınlar hızla incelenmiş ve kontrol edilmiştir (2).

Günümüzde saha epidemiyolojisi eğitimi programları, 30'dan fazla ülkede çeşitli sağlık mesleklerinden kişilere yönelik olarak düzenlenmektedir. Avrupa'da özellikle SARS hastalığının yarattığı acil durum, Avrupa Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (ECDC) nin kurulması için önemli bir katalizör olmuştur (3). 1990'larda başlayan Avrupa Uygulamalı Saha Epidemiyolojisi Eğitim Programı (EPIET), 2007 den bu yana ECDC tarafından düzenlenmektedir. İşbaşında yapılan bu eğitim programları, sağlık çalışanlarına gerekli epidemiyolojik müdahalelerin gerçek yaşamda, zamanında ve uygun biçimde uygulanması için gereken pratik becerileri kazandırmayı amaçlamaktadır. Bu programların bazıları yerel akademik kuruluşlarla birlikte yürütülürken, bazıları CDC veya ECDC ile bağlantılıdır; bazıları ise yerel halk sağlığı kuruluşlarının özgün çabaları ile yürütülmektedir. Bu programlar toplumda morbidite ve mortalitenin izlenmesi, (surveyans sistemlerinin kurulması ve değerlendirilmesi), salgınların belirlenmesi ve incelenmesi, kontrol müdahalelerinin sağlık sonuçlarına etkisini değerlendirmek üzere, modern epidemiyoloji ve biyoistatistik yaklaşımlarının uygulanması konusunda iyi hazırlanmış-yetkin mezunlar yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Programlara, halk sağlığına ilgi duyan, bu alanda kariyer yapmak isteyen, edindiği becerileri çalıştıkları yerel, ulusal ve uluslararası düzeydeki hastalık kontrolü birimlerindeki çalışmalarında kullanması beklenen kişilerin seçilmesi ve eğitilmesi konusunda ortak bir eğilim söz konusudur (2). Çeşitli ülkelerde yürütülen saha epidemiyolojisi eğitim programları içerik ve yöntem açısından farklılık göstermekle birlikte bazı ortak özellikler taşımaktadır:

- eğitim yeterliğe dayalıdır,
- iki yıllık tam zamanlı katılım veya daha uzun zamanda tamamlanacak eşdeğer bir program zorunludur
- katılımcılar Sağlık Bakanlığı için öncelikli olan bazı projeler üzerinde çalışırlar
- eğitimin yaklaşık %60 lık bölümü zorunlu olarak sahada gerçekleşir,
- program -genellikle- Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilir.
- programın amaçları, gerek mezunların sahip olacağı yeterlikler gerekse eğitim sırasında üzerinde çalışılacak olan projeler açısından Sağlık Bakanlığının gereksinimlerinin karşılanmasına yöneliktir.

Tablo 1'de bazı saha epidemiyolojisi programlarının özellikleri sunulmuştur.

Söz edilen bu eğitim programlarını tamamlayan kişiler için “saha epidemiyoloğu” terimi kullanılmakla birlikte bu terim için üzerinde anlaşmaya varılmış bir tanım bulunmamaktadır. Saha epidemiyologları, hastalığı veya söz konusu sorununu daha iyi anlayabilmek ve kontrol edebilmek için yerinde incelemeye katılan kişiler olarak tanımlanmaktadır (1). Bu kişiler olay inceleme ekibinin oluşturulması, vakaların tanımlanması, bulunması, veri/örneklerin toplanması, sorumlu etkenlerin belirlenmesi için istatistiksel değerlendirme yapılması, kontrol önlemlerinin oluşturulması ve raporlanması gibi pek çok etkinlikten sorumludur. Bu alanda çalışanlar için motivasyon temel olarak “araştırma” odaklı olmayıp daha çok sorun çözmeye yöneliktir.

ECDC saha epidemiyoloğunu şöyle tanımlamaktadır (4): “Epidemiyoloji bilimini halk sağlığı sorunlarının önlenmesi ve kontrolü için uygulayan, müdahale ve yanıt etkinliklerinde çalışan epidemiyolog”. Sağlık insan gücünü oluşturan bütün meslekler için olduğu gibi saha epidemiyologlarının temel yeterliklerinin tanımlanması da önemli ve gereklidir. ECDC yakın zamanda Avrupa Birliğine üye ülkelerde, bütün düzeydeki halk sağlığı kurumlarında çalışan saha epidemiyologlarının sahip olması gereken yeterlikler konusunda bir öneriler listesi hazırlamış ve bunu tartışmaya açmıştır (4).

Ülkemizde saha epidemiyolojisi eğitimleri Refik Saydam Hıfzısıhha Halk Sağlığı Okulunda yürütülen çalışmalarla başlamıştır. 1994’de Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğünde Saha Epidemiyolojisi (EIS) kursları düzenlenmiştir. Yine Sağlık Bakanlığının Bulaşıcı Hastalıklar- ve Genişletilmiş Bağışıklama Programı hizmet içi eğitimleri de saha epidemiyolojisine yönelik eğitimlerdir. Sağlık Bakanlığı 2006’da ülkemizde bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin güçlendirilmesine yönelik yürüttüğü proje kapsamında (Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Surveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi) EPIET-benzeri bir program başlatmıştır (3). Program başta salgınların incelenmesi olmak üzere hastalık surveyansı, karar-vericiler, medya, halk ve bilimsel çevrelerle iletişim ve araştırma yürütme konularında, sahada halk sağlığı uygulamalarının yönetilmesinde yer alan kişilere yöneliktir. Bu eğitimin ilk kohortu çoğu il sağlık müdürlüklerinin bulaşıcı hastalık şubelerinden, bir kısmı da Bölge Hıfzısıhha Müdürlüklerinden hekim, mikrobiyolog, enfeksiyon hastalıkları ve halk sağlığı uzmanlarından (yaklaşık 30 kişi) oluşmuştur. Üç haftalık bir giriş kursunu takiben iki yıla yayılan modüllerle (araştırma protokolü geliştirme, veri analizi-haritalama, acil durum hazırlıklılık, erişkin eğitimi..) bir ulusal uygulamalı saha epidemiyolojisi eğitim programının temelleri atılmıştır. Eğitim programı gerek içerik gerekse uygulanan yöntemler açısından dünyada yürütülen saha epidemiyolojisi programlarına benzerlik göstermektedir. Eğitimlerde sunumlar, bilgisayar uygulamaları, senaryo çalışması, makale değerlendirme ve tartışma gibi yöntemler kullanılmıştır.

Projenin 1. ve 2. kapsamında yürütülen saha epidemiyolojisi eğitimlerinin katılımcıları (“fellow” olarak adlandırılmışlardır) öncelikli sağlık sorunlarına yönelik olarak 10 yöneylem araştırması planlamış, yürütmüş ve sonuçlarını sunmuştur (5).

Temel epidemiyoloji konularını bilen ve uygulayabilen, çeşitli sağlık mesleklerinden oluşan geniş kadroların yetiştirilmesi için, dünyanın pek çok ülkesinde etkinlik gösterdiğini bildiğimiz halk sağlığı okullarına gereksinim vardır. Sağlık Bakanlığının yürüttüğü proje kapsamında uygulanan saha epidemiyolojisi eğitimleri önemli bir deneyim olarak değerlendirilmelidir. Gelinecek noktada “saha epidemiyoloğu” nun görev tanımı yapılması ve bunun bir kadro ünvanı olarak belirlenmesi, eğitim alan kişilerin sahip oldukları bilgi ve becerileri etkin biçimde kullanabilmeleri açısından önemlidir. Programın devamında yeni eğitim modülleri planlamak yerine, yaparak öğrenmeyi temel alan ve işbaşında yürütülecek danışmanlık sistemleri kurulması ve merkezde destek birimleri oluşturulması önerilir.

Kaynaklar

1. Michael B. Gregg, editor Field Epidemiology, 2nd edition Oxford University Press, Oxford, England, 2002, www.cdc.eis.gov

2. Reingold AL. Field epidemiology training in Europe faces a bright future . Euro Surveill. 2001;6(3):pii=215.

Online erişim: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=215>

3. Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların surveyansı ve kontrol sisteminin güçlendirilmesine dair ulusal stratejik plan. 2009-2013. T.C.Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2009.

4. Varela C, Coulombier D. Defining core competencies for epidemiologists working in communicable disease surveillance and response in the public health administrations of the European Union. Euro Surveill. 2007;12(31)

Online erişim: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3245>

5. Ulusal Sempozyum ve Proje Kapanış Toplantısı. Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar surveyans sisteminin bugünü ve geleceği. 9-10 Şubat 2009. Ankara.

Tablo1. Değişik ülkelerde yürütülen saha epidemiyolojisi programlarından örnekler

Programın özellikleri	Örnekler		
	EIS ^a (Amerika)	EPIET ^b (Avrupa)	AETP ^c (Orta Asya)
Başlama tarihi	1950	1995	2003
Ülke	ABD	Bölgesel program, ~15 Avrupa ülkesi	Bölgesel program: Kazakistan, Özbekistan, Kırgızistan, Türkmenistan Tacikistan
Uluslar arası katılımcı	% 15	Avrupa dışından nadiren	-
Düzenleyen kuruluş	Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	2007’den bu yana The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)	-
Diğer kuruluşlar	-	Sağlık Bakanlıkları	Sağlık Bakanlıkları
Sertifika	CDC nin verdiği sertifika	Sertifika	Sertifika
Katılımcılar	Hekim, veteriner, hemşire, doktora düzeyindeki epidemiyologlar, istatistikçi, mikrobiyolog, antropolog, pek çoğu MPH sertifikasına sahip kişiler	Hekimler, veterinerler, halk sağlığı hemşiresi, mikrobiyolog,	Hekimler ve diğer sağlık çalışanları.
Katılımcılar genellikle SB çalışanı mı?	Hayır	-	Evet

Programın özellikleri	Örnekler		
	EIS ^a (Amerika)	EPIET ^b (Avrupa)	AETP ^c (Orta Asya)
İsimlendirme	“officers”	“fellow”	-
Sınıf derslerinin süresi	7 hafta	~ 8 hafta	~ 5 hafta
Saha uygulamalarının süresi	20 ay	~ 20 ay	~ 20 ay
Eğitimin yeri	CDC programları ve Eyalet Sağlık Departmanı	Sağlık Bakanlıkları (Ülkelere göre değişebilmekte)	-
Saha eğitimi sorumlusu	CDC programında: EIS mezunu epidemiyolog. Eyalet Sağlık Departmanında eyalet epidemiyologu veya EIS mezunu başka bir epidemiyolog	Ulusal epidemiyolog	-

^a*Epidemic Intelligence Service*

^b*European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET)*

^c*Asian Epidemiology Training Program*

Saha epidemiyolojisi eğitimi veren diğer bazı ülkeler şunlardır: Tayland (1980), Suudi Arabistan (1989), Avustralya (1991), Uganda (1994), Hindistan (2001), Çin (2001), Kenya (2004), Orta Amerika (2000), Kanada (1975).

TEMEL İŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Dr. Buhara ÖNAL

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü (İSGÜM)

Giriş

Dünyada toplam 3 milyar çalışanın % 80'den fazlası, iş sağlığı hizmetleri (İSH) olmadan çalışmaktadır. 161 sayılı İş Sağlığı Hizmetlerine ilişkin ILO Sözleşmesi, WHO Herkes İçin İş Sağlığı Küresel Stratejisi ve WHO Çalışanların Sağlığı Küresel Eylem Planı 2008-2017 söz konusu hizmetlerin dünyadaki tüm çalışanlar için organize edilmesini işaret etmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavramı, 1978 WHO Alma Ata Deklarasyonunun 4. maddesinde tanımlanmaktadır: “ Temel sağlık hizmetleri; uygulamalı, bilimsel olarak geçerli ve toplum tarafından kabul edilebilir yöntemlere dayanan temel sağlık hizmetlerinden meydana gelmektedir....”

TSH kapsamında sunulan İSH, “Temel İş Sağlığı Hizmeti” (TİSH) olarak tanımlanmaktadır. TİSH, Alma Ata ilkelerinin iş sağlığı alanındaki uygulamasıdır ve WHO Herkes için İş Sağlığı Küresel Stratejisi doğrultusunda iş sağlığı hizmetlerini alamayan çalışanların bu hizmetlere ulaşmasını sağlama çabasıdır. Aynı zamanda, iş sağlığı hizmetlerinin 161 ve 155 sayılı ILO Sözleşmelerinin gerektirdiği düzeyde gelişmesini sağlayacak yoldur. TİSH kavramı, 2003 yılında ILO/WHO İş Sağlığı Ortak Komitesi ile işbirliği içinde WHO/ILO/ICOH tarafından da benimsenmiştir.

Misyon ve politika

İş sağlığı; sadece çalışanların sağlığını korumak için değil, aynı zamanda artan verimlilik, ürün kalitesi, çalışma motivasyonu, iş doyumunu yoluyla ulusal ekonomilere olumlu katkı sağlamak ve yine çalışanların ve toplumun genel yaşam kalitesine katkı sağlamak için de önemli bir stratejidir.

WHO İş Sağlığı Küresel Stratejisi; iş sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesini, kapsamının genişletilmesini, içerik ve faaliyetlerinin geliştirilmesini önemli bir amaç olarak tanımlamaktadır. İş sağlığı çalışanlarının eğitimi, destek hizmetlerinin organizasyonu ile İSH için araştırma temeli ve standartları sağlama, bu amacın başarılmasına yönelik en önemli araçlardır. Bu araçları tüm küresel işgücü için karşılamak amacıyla TİSH girişimi gerçekleştirilmiştir.

Kavram ve amaçlar

TİSH'de amaç, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle tarım, kayıt dışı sektör ve küçük işletmelerde çalışanlar ile kendi hesabına çalışanlar gibi iş sağlığı hizmetlerine ulaşamayan çalışanlara İSH sunulmasıdır.

TİSH; ekonomik duruma, işletme büyüklüğüne, coğrafi bölgeye veya iş sözleşmesinin içeriğine bakılmaksızın dünyadaki her çalışana iş sağlığı hizmetlerini sağlamak için gösterilen bir çabadır. Çalışanların, çalışma sürecinde sağlıklarının korunması ve iyilik durumlarının, çalışma kapasitelerinin ve sağlıklarının geliştirilmesi için bilimsel olarak geçerli ve toplum tarafından kabul edilen yöntemlerle gerekli iş sağlığı hizmetlerinin sunulmasıdır.

Bütünsel İSG sistemi

TİSH; iş sağlığı alanında Birincil Sağlık Hizmetleri politikasının bir uygulamasıdır ve altyapısı olmadan, bu hizmetlerin yaygın ve sürdürülebilir olması mümkün değildir. ILO, genel iş sağlığı ve güvenliği (İSG) sisteminin bir parçası olan TİSH için bütünleşmiş İSG sistemini geliştirmeyi amaçlamaktadır. TİSH birincil sağlık hizmetleri ile güvenlik hizmetleri ile işbirliği içinde çeşitli hizmet birimleri tarafından yürütülebilir.

TİSH Sistemi

İSH sisteminde hizmetlerin uygunluğu, yeterliliği ve kalitesi sağlanmalıdır; İSH, çalışanların ve işletmelerin gerçek ihtiyaçlarına cevap vermeli ve planlanan faaliyetler, İSH'nin gerçek içeriği ile uyum kaygısı olmadan, ulusal ve yerel koşullara göre düzenlenmelidir.

İSH çalışanlarının, en önemli iş sağlığı tehlikeleri, riskleri ve bunların kaynağı, özellikleri ve önleme araçları hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir ki bu da İSH temeli ve yöntemleri konusunda en azından minimum düzeyde özel bir eğitim olmadan İSH'nin sağlanamayacağını ifade etmektedir.

TİSH alt yapısının oluşturulmasında aşamalı bir gelişim stratejisi önerilmektedir; bunun nedeni her ülkenin, bölgenin ya da çalışan gruplarının farklı gelişim aşamalarında bulunmalarıdır. Ülkeler, İSH alanında mevcut koşullarını analiz ederek bu analiz temelinde, ulusal bir strateji ve eylem programı planlamalıdır. İSH'nin söz konusu gelişim aşamaları aşağıda açıklanmaktadır:

Aşama I: Başlangıç Düzeyi

Bu düzey, İSH'yi hiçbir şekilde almayan çalışanlar ve işyerlerine yönelik olarak makul bir başlangıç noktasıdır ve burada İSH yeterliliği ve içeriğini hala korumaktadır. İSH konusunda kısa bir eğitime sahip olan ve TSH kapsamında veya kendi işyerinde çalışan İSH çalışanlarını (bir hemşire ve güvenlik temsilcisi) kullanan bir hizmettir. Hizmetin içeriği; kaza riskleri, ağır işler, temel sağlık koşulları ve hijyen ile en tehlikeli kimyasal, fiziksel ve biyolojik faktörler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Uzman hizmetlerden yararlanmak isteyenlere öneride bulunmak, hizmetin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Aşama II: Temel İş Sağlığı Hizmetleri

İşyerleri ve topluluklar ile en yakın şekilde çalışan altyapıya dayalı bir hizmettir. Hizmetin sunum modeli, yerel koşullar ve ihtiyaçlara bağlı olarak değişebilir. Genellikle bir doktor ve bir hemşireden oluşan personelin, iş sağlığı konusunda kısa bir eğitimi vardır. (10 hafta gibi) Ayrıca, kaza önleme ve temel güvenlik konusunda yetkili bir güvenlik uzmanının desteğinden yararlanılmaktadır.

Aşama III: Uluslararası Standart Hizmet

Bu düzey, 161 No'lu ILO Sözleşmesinde belirtildiği üzere her ülke için minimum bir amacı oluşturmaktadır. İyileştirme hizmetleri de uygun bir biçimde sağlanmakla birlikte bazı seçenekler içeren hizmet altyapısının içeriği temelde önleyici olmaktadır. Hizmet personelinin başında özel eğitilmiş bir uzman (genellikle işyeri hekimi) bulunmalı ve ekip tercihen çok disiplinli bir yapıdan oluşmalı veya hizmetin çok disiplinli içeriği, uzmanlaşmış birimlerin (iş sağlığı enstitüsü vb) uygun destek hizmetleri ile sağlanmalıdır.

Aşama IV: Kapsamlı İş Sağlığı Hizmetleri

Bu düzey genellikle sanayileşmiş ülkelerin büyük şirketlerinde görülmektedir veya çok sayıda şirketlere bu hizmetleri sunan büyük İSH merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Personel; uzman doktor, iş sağlığı hemşiresi, iş hijyeni uzmanı, ergonomist, psikiyatrist, güvenlik mühendisi, vb. uzmanların dahil olduğu çok disiplinli bir ekipten oluşmaktadır. Hizmetlerin içeriği; koruma, önleme, tedavi, sağlığı geliştirme, çalışma becerisini geliştirme ve sağlıklı çalışma organizasyonu gibi faaliyetlerden oluşmaktadır.

I. ve II. Aşamalar öncelikle en küçük işletmeler, kendi hesabına çalışanlar ve III. Aşamadan hemen başlama olanağı olmayan kayıt dışı sektör için tasarlanmıştır. Büyük işletmeler ve iyi organize olmuş KOBİ'ler III. düzeyde hizmetleri oluşturabilmektedir ve bu düzey, 161 ve 155 No'lu ILO Sözleşmelerinde belirtildiği gibi uzun vadede her ülke ve her işyeri için minimum amaç olmalıdır.

TİSH Sunumu Modeli

Genel olarak, iş sağlığı hizmetlerinin sunumu için birçok model bulunmaktadır; bunlar, birincil sağlık hizmetleri modeli, şirket içi hizmetlerle birlikte büyük şirket modeli, birkaç KOBİ tarafından ortaklaşa organize edilen grup hizmetleri, bir hizmet sağlayıcı olarak sosyal güvenlik kurumu, iş sağlığı konusunda özel uzmanlığı olan serbest çalışan doktor, sadece iş sağlığı hizmetlerini ya da hizmetlerinin bir parçası olarak iş sağlığını sunan özel sağlık merkezi veya yerel veya bölgesel hastanelerin ayakta tedavi klinikleri olabilir.

TİSH alıcılarının, çoğunlukla KOBİ çalışanları ve kendi hesabına çalışanlarla çiftçiler ve kayıtdışı sektörde çalışanlar olması nedeniyle bu hizmetlerin en geniş kapsamına, birincil sağlık hizmetleri birimi modeli yolu ile ulaşmak mümkündür. Kamu birincil sağlık bakım birimlerinin, KOBİ'ler ve kendi hesabına çalışanlar için TİSH'yi sunduğu ülkelerde, toplam iş sağlığı hizmet sunumunun önemli bir kısmı (% 40'a kadar) karşılanabilmektedir. Bu birimler sıklıkla, kayıt dışı sektörü kapsayan tek seçenektir. Bazı ülkelerde sosyal sigorta kurumları, iş sağlığı hizmetlerini organize etmektedir ki bu durumda sigortasız olanlar kapsama girememektedir. Ayrıca bazı ülkelerde ayakta tedavi klinikleri bu gruplara İSH sağlarken bazı ülkelerde sendikalar üyeleri için İSH'yi organize etmektedir.

Devlet; iş sağlığı alanında sağlık muayeneleri ile TİSH personeli, işverenler ve çalışanların eğitimi de dahil olmak üzere TİSH sağlayıcılarına uzmanlaşmış analitik, ölçüm ve danışmanlık hizmetleri sağlayan ikincil düzeyde destek hizmetlerinin verilmesini dikkate almalıdır.

İnsan Kaynakları

En uygun hizmet modeli, iş sağlığı hizmetlerinin çok disiplinli (doktor, hemşire, iş hijyenisti, ergonomist ve psikolog vb) bir ekip tarafından sağlanmasıdır ancak hizmet alan küçük birimleri, özellikle KOBİ'leri, kırsal tarım ve kayıtdışı sektörleri bu ekiple organize etmek mümkün değildir; bu durumda iş sağlığı alanında bir uzmanlığı olmayan doktor ve hemşireye güvenilmesi gerekmektedir.

Başlangıç düzeyi minimum olarak İSH ile ilgili kısa bir eğitimi olan bir hemşire ve tercihen temel güvenlik unsurlarını bilen bir güvenlik görevlisi olmalıdır. TİSH düzeyi; bir BSB birimi veya diğer altyapı için çalışan ve İSH alanında kısa bir özel kurs almış olan bir doktor ve bir hemşireye sahip olmalıdır. III. ve IV. düzeyler, uzmanlık eğitimi olan doktorlarca yürütülmektedir. Birçok gelişmiş ülkede, doktor ve hemşirelere yönelik temel eğitim programı iş sağlığı alanında kısa bir tanıtım kursunu içermektedir. TİSH çoğunlukla uzman olmayan genel pratisyenler tarafından sağlanmaktadır ancak iş sağlığı alanında özel bir eğitim olmaksızın yeterli iş sağlığı hizmetlerini sağlamak mümkün değildir. Bu yüzden iş sağlığı hizmetlerinde minimum düzeyde belirli bir eğitim alınması çok önemlidir; bazı ülkelerde mezuniyet sonrası 10 haftalık kurs minimum eğitim olarak düşünülmektedir.

TİSH'de İSH personelinin sayısal ihtiyacı, bileşenlerin yapıları ve bunların ihtiyaçlarına göre değişebilmektedir. Deneyime dayalı bir tahmin; endüstri dalı ve işyerlerinin büyüklüğünün yanısıra coğrafi dağılıma bağlı olarak minimum ihtiyacı 5000 çalışan başına bir doktor ve iki hemşire olarak ortaya koymaktadır. İlgili kamu otoriteleri, böyle bir kaynağın hazır bulundurulmasından ve yeterliliğinin düzenli olarak güncellenmesinden sorumludur.

Finansman

İş sağlığı hizmetleri hakkındaki 161 No'lu ILO Sözleşmesi'ne göre, iş sağlığı hizmetlerinin sağlanmasının mali sorumluluğu işverene aittir. KOBİ'ler ve kendi hesabına çalışanlar ile özellikle kayıt dışı çalışanlara bu hizmetleri sağlamak için tek olanak, kamu tarafından, yani birincil sağlık hizmet birimleri, kamu poliklinikleri veya sosyal sigorta kurumları tarafından TİSH sunumudur. Hizmet sunum modeline bakılmaksızın, KOBİ'ler ve kendi

hesabına çalışanlar, tarım ve kayıt dışı sektörler için hizmetlere % 50-100 oranlarında mali katkı sağlama gereksinimi olduğunu kabul etmek gerçekçi bir yaklaşımdır. Son yıllarda kamu, toplum ve işyeri kaynaklarını birleştiren yenilikçi modeller denenmektedir. Ayrıca kaza sigortası olan yerlerde prim politikası, İSG hizmetlerinin organizasyonu için bir teşvik olarak kullanılmalıdır.

TİSH İçeriği ve Etkinlikleri

İSH'nin sadece sağlık yönünü değil, aynı zamanda iş ve çalışma koşullarının güvenlik, ergonomik, psikososyal, organizasyonel ve teknik yönlerini de ele alan çok disiplinli bir sistem olması gerektiği vurgulanmaktadır. TİSH etkinliklerinin kapsamı nitelik yönünden bu ilkeyi izlemektedir, fakat mevcut insan kaynaklarının çok yetersiz olması nedeniyle, çok disiplinli kapsamın oluşturulabilmesi için TİSH çalışanlarının yeterli düzeyde eğitimi ile destek hizmetler gerekmektedir.

TİSH, işlevsel bir süreç olarak görülmelidir ve bu süreçteki önemli basamaklar aşağıda tanımlanmıştır:

- İSG planlaması ve yönlendirmesi: Bu aşama, işyerinde özel İSG sorunlarına yönelik aktiviteler, işyerine özel gereksinimler ve eylemlerin önceliklerinin ayarlanmasını sağlamaktadır.
- Çalışma ortamının gözetimi: Bu etkinlik, tehlikeli maddelere maruz kalmanın ve diğer çalışma koşullarının tanımlanması, maruz kalan çalışanların tanımlanması ve farklı çalışan gruplar için maruziyet düzeylerinin değerlendirilmesi için yürütülmektedir. Bu gözetim, işveren ve işçi temsilcileri ile birlikte çok disiplinli iş sağlığı ekibi tarafından işyerinin düzenli gözden geçirilmesidir.
- Çalışan sağlığının gözetimi: Çalışan sağlığının gözetimi, çeşitli sağlık muayeneleri yoluyla yapılmaktadır. Sağlık muayenelerinin temel amacı; belirli işleri yapacak çalışanın işe uygunluğunu değerlendirmek, iş sürecinde bulunan zararlı etkenlere maruziyet ile ilişkili olabilecek bir sağlık sorununu değerlendirmek ve işte maruziyetlerden kaynaklanan meslek hastalıkları vakalarını tanımlamaktır. Aynı zamanda bu muayeneler, önleyici eylemlerin son etkisini kontrol etmek ve çalışanların çalışma becerilerinin değerlendirilmesi için de kullanılmaktadır. Ayrıca henüz bir hastalık oluşturmayan erken etkilerle ilgili gözlemlerin yapılmasına da yardımcı olabilir.
- Sağlık ve güvenlik risklerinin değerlendirilmesi: Çalışma ortamı gözetimi bilgisi ile sağlık gözetimi bilgisi bir araya getirilmektedir ve diğer ilgili verilerle birlikte tüm bu veriler risk değerlendirmesi için kullanılmaktadır. Bir iş sağlığı risk değerlendirmesinde; iş sağlığı tehlikelerinin tanımlanması, özel tehlikelere maruz kalan çalışanların veya çalışan gruplarının tanımlanması, bir tehlikenin çalışanı nasıl etkileyebileceğinin analizi, riskin büyüklüğü ve yoğunluğunun belirlenmesi, özel risk grupları ve bireylerin tanımlanması, mevcut tehlike önleme ve kontrol tedbirlerinin değerlendirilmesi, risklerin yönetimi, kontrolü ve değerlendirilmesi söz konusudur.
- Riskler hakkında bilgilendirme ve eğitim ile önleyici ve kontrol eylemleri: Tanımlanan işyeri sağlık riskleri ile ilgili bilgi, önleme ve kontrol tedbirlerini uygulamadan sorumlu yöneticilere iletilmelidir. Aynı zamanda çalışanlara maruz kalınan riskler ve risklerden korunma yöntemleri konusunda bilgi verilmesi de gerektirmektedir. İSH; tehlikeli maruziyetlerin ortadan kaldırılması ve çalışanların sağlığının korunması için uygun önleyici ve kontrol tedbirlerini önermeli ve başlatmalıdır.
- Kazaları önleme: Kaza sonucu oluşan iş kazaları, işte en çok karşılaşılan olumsuz sağlık sonuçlarından birisidir. Kaza riski, çalışma ortamının gözetiminde tanımlanmakta ve değerlendirilmektedir; çalışma ortamındaki çeşitli faktörler kaza riskini artırabilir veya çalışanların sağlık durumları kaza riskini etkileyebilir.

Kaza riskleri, işteki diğer risklerde olduğu gibi aynı mantığa göre yönetilir. Birçok sektör veya işe özel kontrol listeleri ve rehberler, çeşitli işlerdeki kaza risklerinin tanımlanması ve yönetimi için hazır bulunmaktadır. Bu rehberler aynı zamanda, risklerin ortadan kaldırılması, önlenmesi ve azaltılmasına yönelik yöntemler ile başlıca tehlikelerin analiz ve kontrolüne yönelik yöntemleri de içermektedir.

- İlk yardım ve acil durum hazırlığı: İlk yardım kapasitesi ve hazırlığı, birçok ülkede İŞH'nin mevzuata dayalı bir faaliyetidir. TİSH, işyerindeki ilk yardım kolaylıkları ve donanımının koşulları ile hazır bulunma durumunu periyodik olarak kontrol etmelidir. TİSH, büyük tehlike hazırlığı için birinci derecede sorumlu olmamakla birlikte, iş sağlığı personelinin, acil durum hazırlıklarının oluşturulması sürecine katılma; uygun planlama, eğitim, donanım, ilk yardım ve acil durum kaynakları ile acil poliklinikleri ve hastanelerinin yanı sıra kurtarma ekipleri ile temas kurmaları gerekmektedir.

- Meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıkların tanısı: Meslek hastalıkları; sağlık muayeneleri ile bağlantılı olarak, genel hastalıkların tanısı ve tedavisinde veya çalışanın kendisi tarafından ifade edilen belirtilere dayanarak ortaya çıkarılabilir. Birçok meslek hastalığı tanısı, TİSH hizmeti içinde konulabilir, fakat çoğunlukla uzmanlaşmış iş sağlığı kliniklerine başvurulması gerekmektedir. İşle ilgili hastalıkların tanısının, tazminat açısından kesin yasal bir statüsü bulunmamaktadır ancak önleyici ve kontrol tedbirleri üzerinde önemli etkisi olabilir.

- Genel sağlık bakımı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri: TİSH, sağlıklı yaşam standardını ortaya koymak için sağlığı koruyucu ve geliştirici faaliyetlere rehberlik ederek genel önleyici sağlık hizmetlerini sağlayabilir. TİSH hizmetleri, hastalıkların teşhis edilmesinin yanı sıra, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıklar ile iş kazalarının tedavisi ve rehabilitasyonunu da içerebilir.

- TİSH ile ilgili kayıtların tutulması: TİSH'nin; çalışanlara sağlanan sağlık hizmetleri, ölçülen veya tespit edilen maruziyetler ve çalışanların kişisel sağlığı ile ilgili tüm olaylar veya işyerinin sağlık ve güvenlik durumları hakkındaki kayıtları tutma konusunda genel bir yükümlülüğü vardır.

- Değerlendirme: TİSH, kendi faaliyetleri ve bunların sağlık ve güvenlik tehlikelerini önlemede etkinliği ve çalışanlara hizmetlerin sağlanması konusunda kendi kendine yıllık değerlendirme yapmalıdır. Değerlendirme sonucu belgelendirilmeli ve işveren ve işçi temsilcilerine sunulmalıdır.

Sonuç olarak; Temel İş Sağlığı Hizmetleri, tüm çalışanları kapsayan, çalışanların ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenen, etkin sağlık hizmeti olarak sunulan, ulaşılabilir ve toplum için kabul edilebilir nitelikte olan, Devlet tarafından güvence altına alınan ve sosyal politikanın bütünsel bir parçası olan hizmetlerdir.

Referanslar

1. International Labour Conference, Convention concerning Occupational Health Services. Convention No. 161 International Labour Office, Geneva, 1985.
2. International Labour Conference. Recommendation concerning Occupational Health Services. Recommendation No. 171 International Labour Office, Geneva, 1985.
3. Alli BO. Fundamental principles of occupational health and safety. Geneva, 2001.
4. Global Strategy on Occupational Health for All. The Way to Health at Work. World Health Organization, Geneva, 1995.
5. Rantanen J. Basic Occupational Health Services. WHO/ILO/ICOH 2nd revised edition. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2005.

6. Ergör A, Bilir N, Saltık A, Önal B, Arberk K, Tok M, Kılıç B, Demiral Y. İş Sağlığı Hizmetlerinde Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı: Temel İş Sağlığı Hizmetleri. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 23-26 Ekim 2007, Denizli.
7. Global Plan of Action on Workers' Health 2008–2017. World Health Organization, Geneva, 2007.

TEMEL İŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNE KAVRAMSAL BAKIŞ

Dr. Yücel Demiral

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İzmir

İş sağlığı bir sosyal politika alanıdır. Bu anlamda çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için tutarlı ve kararlı politikalara gereksinim vardır. İş sağlığı (İŞS) alanında alınacak politik kararlar uluslararası ve ulusal sosyal ve ekonomik politikalarından etkilenir. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Avrupa Birliği (AB) Türkiye'nin İŞS alanındaki politikalarının belirlenmesinde en etkili uluslararası kurumlar olarak öne çıkmaktadır. UÇÖ İŞS politikasının belirlenmesinde tarafların (çalışanlar, işverenler ve devlet) fiili olarak katılımını koşul olarak öne sürer. Bu kapsamda UÇÖ tarafından çıkarılan ve Türkiye'nin de imzaladığı 155 ve 161 sayılı sözleşmeleri yol göstericidir. Bu sözleşmelerde tüm çalışanların çalışma yaşamından kaynaklanan risklerden korunmalarının gerekliliği vurgulanmış ve iş sağlığı hizmetlerinin kapsamı tanımlanmıştır. UÇÖ'nün dokümanlarında İŞS hizmetlerinin kapsamı ile ilgili bütünsel ve çok disiplinli bir yapı öngörülmüştür. Bu kılavuzlarda hizmet kapsamı için aşağıdaki beş başlık belirlenmiştir:

- 1-Çalışma ortamına yönelik önleyici hizmetler
- 2-Bireylere yönelik koruyucu hizmetler
- 3-İlk yardım ve kaza ve diğer akut olayların tedavisi
- 4-Genel sağlık bakımı ve tedavi hizmetleri
- 5-Bilgilendirme, eğitim, danışmanlık hizmetleri

Bu hizmetlerin farklı sektörlerde ve bütün çalışanlara sunumu gerekmektedir. UÇÖ bu hedefe ulaşmak için farklı işyerleri ve sektörler için esnek bir yaklaşım sergilenmesinin gerekliliğini ve ülkenin sosyal, ekonomik, yönetsel yapısının ele alınarak değişik hizmet modellerinin düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nün sağlık stratejilerinin, UÇÖ'nün yukarıda sayılan ilkeleri ile uyum içinde olduğu görülmektedir. Alma-Ata Bildirisi'nde öne çıkan "Herkes için Sağlık" kavramı ve "Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımı ve daha sonrasında gündeme gelen "Küresel İŞS stratejisi" UÇÖ'nün politikaları ile paralellik gösterir. Bu politikaların temelini, toplumun tümüne, eşitlikçi bir bakış ile, öncelikli sağlık sorunlarına yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu oluşturmaktadır. DSÖ'ne göre bu hedefe ulaşmak için planlanacak birinci basamak hizmetin, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları en yakın yerde sunulması gerekmektedir.

İş sağlığı hizmetlerinin temel hedefi risklerin önlenmesi ve önlenemeyen risklerden tüm çalışanların korunmasıdır. Bu nedenle iş sağlığı hizmetleri pek çok bilim dalının ve uygulama alanının katılımını gerektirir. Temel İş Sağlığı Hizmetleri (TİSH), bu kapsamlı ve gelişmiş hedefe ulaşmak için DSÖ, UÇÖ ve Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH) tarafından 2003 yılında çizilen yol haritası olarak kabul edilebilir. Bu kavramın ortaya çıkmasında başta geri kalmış ve gelişmekte olan ülkeler olmak üzere İŞS hizmetlerinin tüm çalışanlara ulaşmasında sorunlar yaşandığının bilinmesi yatmaktadır. Bir başka deyişle, TİSH kavramının ortaya çıkışı bu saptamandan yola çıkılarak gündeme gelmiştir. TİSH öncelikli olarak tarım, kayıt dışı, küçük sanayi, kendi hesabına çalışanlar gibi İŞS hizmetlerinin, hemen tüm ülkelerde sorun olduğu toplum kesimine hizmet ulaştırılmayı hedefler. Buna ek olarak TİSH sunulan hizmet kapsamının geliştirilmesini hedefler. Bu anlamda TİSH bir hizmet modelini değil bir sistemi tanımlamaktadır. Bu sistemin temelini aşağıdaki ilkeler oluşturur.

- 1-İŞS hizmetleri tüm çalışanları kapsamaması

2-Tüm çalışanların bu hizmetlere ulaşmasında gereksinimlere göre hakkaniyetin gözetilmesi

3-Hizmet sunumunun etkili ve maliyet-etkin olması

4-Çalışanlar tarafından kabul edilmesi ve katılım sağlanması

5-Kamu tarafından garanti altına alınması

6-Çalışma yaşamı ile ilgili sosyal politikaların entegre bir parçası olması.

Bu kapsamda bir İŞS hizmetinin oluşturulması ve sürdürülebilmesi altyapı gerektirmektedir. TİSH bu altyapının oluşum sürecini aşamalı olarak geliştirilmesini öngörmektedir. Buna göre İŞS kapsamı ve içeriğinin geliştirilmesi için dört aşama tanımlanmıştır.

Birinci aşama: Başlangıç düzeyi; İŞS hizmetlerinin hiç ulaşmadığı işyerleri ve işçiler hedeflenmiştir. Bu aşamada çalışan sağlığını önemli derecede etkileyecek risklerden korunmaya yönelik, ve eğer olanaklı ise kısa süreli İŞS eğitimi almış bir hemşire ve güvenlik sorumlusu tarafından sunulabilecek olan hizmetler yer almaktadır.

İkinci aşama: Temel İŞS Hizmetleri (TİSH) düzeyi; Bu hizmetler ülkenin altyapısına göre çalışma ve yaşama alanlarına olası en yakın mesafede sunulan hizmetlerdir. Çalışacak personel kısa süreli İŞS eğitimi almış bir hekim ve hemşireden oluşmaktadır.

Üçüncü aşama: Uluslararası standart hizmetler; UÇÖ nün 161 sayılı sözleşmesinde öngördüğü hizmet kapsamı hedeflenmiştir. Öncelikli olarak koruyucu hizmetler olmak üzere tedavi hizmetleri de uygun koşullarda sunulabilmektedir. Hizmet sunumunda İŞS eğitimi almış hekim ve güvenlik uzmanı yer almaktadır.

Dördüncü aşama: Kapsamlı İŞS hizmetleri (KİS); Daha çok büyük işletmelerde kurulan İŞS birimleri tarafından sunulan bütünlüklü ve çok disiplinli hizmet kapsamını tanımlar. Bu birimlerde bir ya da daha fazla İŞS profesyonelleri olarak tanımlanan iş hekimi, iş hemşiresi, iş hijenisti ve ergonomist bulunur.

Doğal olarak oluşturulacak hizmet sunum modelleri ülkenin sağlık sistemi ve çalışanların sektörel dağılımı ile yakından ilişkili olacaktır. Günümüzde önerilen çok sayıda hizmet sunum modeli bulunmaktadır. TİSH sistemi daha çok pazar ekonomisine dayalı hizmet sunum modellerinin işlemediği ve kamu hizmet modelinin gerektiği sektörlerde uygulama olanağı bulmaktadır.

İŞS hizmetlerinin finansı planlamada önemli bir basamğı oluşturur. Bu konu ile ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemeler İŞS hizmetlerinin işverenler tarafından karşılanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bununla beraber, mikro işletmeler, kendi hesabına çalışanlar ve kayıtdışı çalışanlar gibi bu hizmetin alınmasında sorun yaşayacak sektörler ve gruplar için kamu ve sosyal güvenlik kaynaklarının kullanılması düşünülmelidir.

Sonuç olarak İŞS hizmetleri sağlık sisteminin ve ülkenin sosyal politikalarının bir parçasıdır. İŞS hizmetlerinin, sağlık hizmeti olduğu kadar, bir yeniden dağılım modeli olduğu akılda tutulmalıdır. Bu hizmetlerin sunulmaması toplumsal dayanışmayı zedeler, kalkınmanın önünde engel oluşturur. TİSH bu anlamda sürdürülebilir kalkınma için önemli katkı sağlayacak olanaklar sunmaktadır.

Kaynaklar:

Rantanen J. Basic Occupational Health Services- their structure, content and objectives SJWEH Suppl 2005; No 1:5-15.

Fedotov IA. Occupational health services as a key element of national occupational safety and health systems. SJWEH Suppl 2005; No 1:5-15.

Elgstrand K. Occupational health services. In OSH for Development p.629-31. ed. Elgstrand K, Peterson N. Royal Institute of Tecnology.2009.

BİLDİRİLER

FETHİYE İLKÖĞRETİM OKULLARINDA ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ

*Rabia SOHBET, **Zeynep ÇAY

*Gaziantep sağlık yüksekokulu

** Fethiye sağlık yüksekokulu

AMAÇ: Bu tanımlayıcı çalışmayla Fethiye ilçe merkezindeki ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma 2007 yılı Mayıs ayında Fethiye ilçe merkezindeki 12 ilköğretim okulunda çalışan 404 öğretmenin 332 tanesine uygulanmıştır. Çalışma için ilçe milli eğitim müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır, ancak bazı okul yöneticilerinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi tüm evrenin çalışmaya alınmasına olanak bırakmamıştır. Uygulanan anket 5 sosyo-demografik, 21 konu ile ilgili soru olarak toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Toplanan veriler SPSS 11.00 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Öğretmenlerin %48,8'i erkek %51,2'si bayan %46,1'i 35-44 yaşları arasındadır. Öğretmenlerin %35,8'i haftada bir defa beyaz et tüketirken; %12'si iki haftada bir beyaz et tüketmekte, %40,1'i haftada bir defa kırmızı et tüketirken; %7,5'i hiç kırmızı et tüketmemektedir.

Öğretmenlerin %80,1'i sabahları kahvaltılı yaparken %19,9'u kahvaltılı yapmadan işe gitmekte, Kahvaltılı yapanların kahvaltılıda %41'i yumurta %48,8'i bal reçel %78,9'u peynir %50,6'sı sebze, %11,4'ü meyve suyu-süt, %60,2'si çay-kahve %70,8'i zeytin, %51,2'si ekme-simit, %5,4'ü salam-sosis tereyağ vs. besin öğelerini tükettiği belirlenmiştir.

Öğretmenlerin %27,1'i kepek ekmeği, %61,1'i beyaz ekmeği, %8,4'ü çavdar ekmeğini tercih etmektedir. Öğretmenlerin %82,2'si meyve tüketirken %17,8'i sık tüketmediği söylemiştir. Öğretmenlerin beslenmelerinde %64,2'si en çok sebze ve meyve tükettiği, %10,2'si en çok baklagil tükettiğini, %14,8'i en çok et ve et ürünleri tükettiği, %6,3'ü süt ve süt ürünleri tükettiği ifade etmiştir. Öğretmenlerin beslenmelerinde %40'ı hiç et ve et ürünleri tüketmediğini, %25'inin hiç sebze ve meyve tüketmediği, %18'inin hiç baklagil tüketmediği belirlenmiştir.

Öğretmenlerin %18,7'sinin günde iki öğün, %72,3'ünün üç öğün %1,5'i günde bir öğün yemek yediğini belirtmiştir.

Öğretmenlerin %17,5'inin beslenmelerini etkileyen bir sağlık probleminin olduğu belirlenmiştir.

Öğretmenlerin %21'i hipertansiyon, %19'u diyabet, %7'si kalp yetmezliği, %53'ü anemi ve ülser diyeti uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Öğretmenlerin %87'sinin bağırsak alışkanlıklarında sorunu olmazken %11,4'ünün kabızlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Bayan öğretmenlerin %25,9'u erkek öğretmenlerin %5,6'sı anemi tanısına sahip oldukları belirlenmiştir.

SONUÇ: Çoğunlukla orta yaş grubu olan öğretmenlerin öğrenciler rol model olacak beslenme alışkanlıklarına sahip olmadığı göze çarpmaktadır. Özellikle anemi ve mide şikayetlerinin çokluğu dikkate alınması gerekli bir sonuçtur. Bu nedenle konuya ilişkin bilgi eksiklerinin tamamlanarak yaşamlarında uygulamaya geçirmelerini sağlamak üzere hizmet içi eğitim programında konu üzerine gidilmelidir.

Anahtar Sözlük: Öğretmen, Beslenme Alışkanlıkları, Sağlık, Beslenme Problemleri, Eğitim

GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ASTIM, KOAH, BRONŞEKTAZİ HASTALARININ YAŞAM KALİTELERİ VE KAYGI DURUMLARININ İNCELENMESİ

Hülya KÖKSAL*, Burcu Tümerdem ÇALIK**

* M.Ü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

** M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

AMAÇ: Bu çalışmada astım, KOAH ve bronşektazi tanısı alan, poliklinik takipli olguların yaşam kaliteleri ve kaygı durumlarının düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Bu çalışma, Mayıs-Haziran 2007 tarihleri arasında kesitsel analitik yöntemle yapıldı. İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran (n=659) hastalardan, astım, KOAH ve bronşektazi tanısı alan, eşlik eden akıl hastalığı ve sözel - işitsel engeli olmayan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden olgularda (n=70) yapıldı. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "KF-36 (Kısa Form) Yaşam Kalitesi Ölçeği", "Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI)" kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik metodların yanı sıra Student t, ANOVA ve Post-Hoc Tukey testleri kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Olguların %65.7'si (n=46) kadın, %34.3'ü (n=24) erkek (yaş ortalaması 49±12) idi. KF-36 ölçeğinde; cinsiyetler arası fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü fiziksel, ağrı, vitalite, rol güçlüğü emosyonel, mental sağlık, önceden sigara kullananlarda (n=45, %64.3) ağrı, rol güçlüğü emosyonel, hastalık tanılarına ve çalışma durumuna göre rol güçlüğü emosyonel, aileden destek alma durumuna göre ağrı, poliklinik takip durumuna göre de rol güçlüğü fiziksel alt ölçeklerinden alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.05). STAI ölçeğinde; cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, çalışma ve halen sigara kullanım durumuna göre sürekli, aileden destek alma durumuna göre de durumluk kaygı alt ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0.05). Olguların %71.4'ü (n=50) astım, %18.6'sı (n=13) KOAH, %10'u (n=7) bronşektazi tanılı olup %78.6'sı (n=55) düzenli poliklinik takipli idi. Yaş aralıkları, medeni durum ve gelir durumu incelendiğinde; %34.3'ü (n=24) 40-49, %24.3'ü (n=17) 25-39 yaş aralığında, %77.1'i (n=54) evli, %41.4'ü (n=29) ev hanımı, %52.9'unun (n=37) gelir durumu ve aile desteği (n=56, %80) yeterli idi.

SONUÇ: Olguların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyini etkileyen faktörler arasında cinsiyet, sigara kullanımı, eğitim, hastalık ayırıcı tanısı, gelir düzeyi, sosyal güvence, çalışma, aile desteği, düzenli poliklinik kontrolünün etkili olduğu görüldü.

ANAHTAR KELİMELER: Astım, KOAH, Bronşektazi, Yaşam Kalitesi, Kaygı

SAĞLIK YÜKSEKOKULU 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GELECEK BEKLENTİLERİ VE KAYGILARI

* Rabia Sohbet, ** Şule Dönmez, * Zerin Karaboğa Esmâ

*Gaziantep sağlık yüksekokulu

** Fethiye sağlık yüksekokulu

Amaç: Sağlık Yüksekokulu 4. sınıf öğrencilerinin gelecek beklenti ve kaygılarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Fethiye Sağlık Yüksekokulundaki 4. sınıf hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümünde okuyan mezuniyet durumundaki toplam 60 öğrencinin tümü örnekleme yapılmadan hepsi çalışmaya alınmışlardır. Bu öğrencilere 12 tanesi demografik özellikleri, 10 tanesi öğrencinin kaygı ve beklentilerini belirlemeye yönelik toplam 22 sorudan oluşmuş anket formu sözel yanıtları alınarak, gözlem altında uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 11.0 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %45.0'nin 22 yaşında, %70.0'nin kız öğrenci olduğu, %56.7'sinin hemşirelik bölümünde okuduğu, %35.0'nin 2 kardeşe sahip olduğu, %31.6'sının Marmara Bölgesinden okumaya geldiği, %83.3'ünün anne-babasının birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin %48.3'ünün boşta kalmamak için bu mesleği seçtiğini, %75.0'nin mezuniyetten sonra meslekle ilgili alanda çalışmayı düşündüğünü, %56.7'sinin mezuniyet sonrası iş bulma kaygısı taşıdığı, %63.3'ünün mezuniyet sonrası çalışabilmek için şimdiden iş başvurusunda bulunduğunu ifade etmiştir.

Öğrencilerin %58.3'ünün yüksek lisans yapmayı düşündüğünü, %56.7'sinin mesleğini meslek seçim aşamasındaki diğer bireylere tavsiye ettiğini, %40.0'nin meslekten beklentisinin huzurlu ve rahat bir hayat olduğunu ifade ettiği dikkati çekmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %81.7'sinin mesleklerinde ileriye yönelik kaygılı olduğunu, %28.3'ünün mesleklerinde ileriye yönelik kaygılarının nedeninin sürekli yorgun olma endişesi olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar: Öğrencilerin yarısı boşta kalmamak için bu mesleği seçtiğini, yarısı mezuniyet sonunda iş bulma kaygısı taşıdığını söylemiştir. Sağlık mesleğinde olmasına rağmen bu kaygılar düşündürücüdür. Öğrencilerin Yarısına yakını mezuniyetten sonra huzurlu ve rahat yaşam istemesi çalışma yaşamındaki zorlukların stresin kaygı yarattığını düşündürmektedir.

Anahtar Sözlük: Sağlık Yüksekokulu Öğrencisi, Gelecek Beklentisi, Gelecek Kaygısı

MUĞLA'DA HALK SAĞLIĞI UYGULAMASI (EV ZİYARETİ) SIRASINDA KARŞILAŞILAN BİR OLGUNUN SUNUMU: ENTEROBİUS VERMICULARİS

Metin PIÇAKÇIEFE*, Bora EKİNCİ*, Döndü YILDIRIM**

*: Yrd.Doç.Dr., Muğla Üniversitesi MSYO, **: Hemşirelik bölümü mezunu, Muğla Üniversitesi MSYO

Giriş-Amaç. Yapılan çalışmalara göre, ülkemizdeki parazit görülme sıklığı %10-96 arasında değiştiği, kentlerin sosyoekonomik durumu ile parazit insidansının ters orantılı olduğu belirlenmiştir. Paraziter infeksiyon sıklığı sosyo-ekonomik düzeyi, yaşam kalitesi, beslenme alışkanlıkları, bitki florası, iklim özellikleri, taşıyıcıların yaygınlığı, vektörlerin dağılımı, toprak ve suların dışkı ile kirlenmesi gibi kişisel ya da çevresel faktörlerle yakından ilgilidir. Gastro intestinal sistem parazitlerinin araştırılmasında yaygın olarak gaita örnekleri incelenmekte ve helmint veya protozoan, yumurta veya kisti görülmesi ile tanı konulmaktadır. Bu çalışmada, halk sağlığı uygulamalarından biri olan ev ziyaretleri sırasında karşılaşılan bir paraziter hastalık olgusunu sunmak ve topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunun önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem. Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ve bir öğretim üyesinin bir halk sağlığı uygulaması olan ev ziyareti sırasında karışıklı olgunun ayrıntılı hastalık öyküsü alındıktan sonra fiziksel-laboratuvar bakısı, hasta ve hastalık bütünsel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular. 4 yaşında, zayıf yapılı, erkek çocuk, vücudundaki yaralardan ve kaşıntı şikâyetleriyle ikinci basamak hastanenin çocuk cerrahisi polikliniğine götürülmüş ve ekzema tanısıyla tedavisine başlanılmış. Bir yıl sonra yaraların iyileşmemesi üzerine aynı ikinci basamak hastanenin cilt hastalıkları polikliniğine başvurmuş ve atopik dermatit tanısı konularak, bu kez de farklı ilaçlarla tedavisine başlanılmıştır. Bir buçuk yılsonunda yaraları iyileşmeyen çocuk bir üçüncü basamak hastanenin çocuk pediatrik alerji polikliniğine götürülmüş, Ig değerlerine bakılmış ve IgE dışındaki değerler normal bulunmuştur. Yaklaşık bir yıl yaraların iyileşmemesi üzerine bazı ilaçlar çeşitli zamanlarda, farklı dozlarda kullanılmaya devam edilmiştir. Altı ay sonra bir ev ziyareti sırasında bir hemşire öğrenci ve bir öğretim üyesi tarafından alınan ayrıntılı anamnez, fiziksel bakısı ve hastayı ve hastalığı bütünsel değerlendirmesi sonrasında; vücutta oluşan yaraların paraziter hastalıklardan kaynaklanabileceği sonucuna varılmıştır. Öncelikle parazitin bulaşma yolları, alınması gereken önlemler ve genel hijyen ile ilgili eğitim planlanarak aileye verilmiştir. Ayrıca ailenin tüm üyeleri; anne, baba, çocuk ve kız çocuğu yüksekokulumuz araştırma laboratuvarına yönlendirilmiş, selofan bant yöntemi ile Enterobius vermicularis yumurtaları bulunmuş, tedavisi için birinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmiş ve anti helmentik tedavisine başlanılmıştır. 2 hafta sonra birer hafta ara ile 3 kez yapılan incelemelerde Enterobius vermicularis yumurtalarına rastlanmamıştır. Çocuğun yapılan son muayenesinde vücudunda alerjik reaksiyona, döküntü izine ve yaraya rastlanılmamıştır.

Sonuç. Topluma yönelik sağlık hizmeti sunmak amacı ile yapılan ve halk sağlığı uygulamalarından biri olan ev ziyareti sırasında karşılaşılan; birden fazla tıp disiplininin hastaya ve hastalığa farklı gözlerle, sadece sağaltım amaçlı bakarak değerlendirdiği tedavi süresi uzamış bir paraziter hastalık olgusu, hastayı ve hastalığı bütünsel değerlendiren halk sağlığı öğrencileri ve sağlık çalışanlarının sunduğu sağlık hizmeti ile iyileştirilmiştir. Olgunun bir eğitim aktivitesi sırasında saptanmış olması ve birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmadan ikinci basamak sağlık kuruluşuna gitmiş olması ise birinci basamak sağlık hizmetlerindeki ve basamaklı sevk zincirindeki aksaklığı göstermesi açısından önemlidir. Bu duruma sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırıldığı günümüzde rastlanılmasının bir tesadüf olmadığı açıkça anlaşılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Halk sağlığı uygulamaları(ev ziyareti), Enterobius vermicularis

HATAY MERKEZDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN HEMOGLOBİNOPATİLER HAKKINDA BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI

N Savaş¹, E Turhan¹, T İnandı², H Kaya³

¹Yrd. Doç. Dr, ²Doç. Dr, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ³Prof. D, Mustafa Kemal Ün. Tayfur Sökmen Tıp Fak. İç Hastalıkları AD, Hatay

Giriş ve Amaç: Talasemi ve orak hücreli anemi olarak bilinen hemoglobinopatiler Türkiye'de kalıtımla geçen halk sağlığı sorunudur. Hatay'ın da içinde bulunduğu 33 ilde uygulanan Hemoglobinopati kontrol programı ile ülkemizde hastalığın yaygınlığı azaltılmış olmasına rağmen hala sınırlanamamıştır. İtalya, Yunanistan, Kanada, İngiltere ve Kıbrıs'da 1970'li yıllarda halk eğitimi, taşıyıcı taramaları, çift taşıyıcılara genetik danışmanlık, antenatal tanıyı kapsayan programlar ile homozigot bebek doğumları önlenmiştir. Ülkemizde yaklaşık 1.400.000 hemoglobinopati taşıyıcısı ve 5000 hasta bulunmaktadır. Talasemi trait sıklığı ortalama %4.3 olup bölgeler arasında farklılık göstermekte, Çukurova bölgesinde %10'dur. Orak hücre taşıyıcılığı Hatay'da %8'dir. Bu çalışmanın amacı Hatay merkezindeki 11. sınıf öğrencilerinin bu konu üzerindeki bilgi, tutum ve davranış özelliklerini saptayarak hemoglobinopati kontrol programının değerlendirilmesi hakkında farkındalık yaratmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evreni Hatay merkezde bulunan 22 devlet lisesinin 11. sınıfında okuyan 4690 öğrenciydi. Liselerde bulunan sınıflardan kümeler oluşturuldu ve her okuldan bir küme random olarak örneğe seçildi. Araştırmaya 17 liseden 17 küme katıldı. 486 öğrenciye 2'si açık uçlu olmak üzere 17 soru içeren anket uygulandı. Analizlerde frekans tabloları ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin %56.6'sı (275) düz lise, %24.5'i (119) Anadolu lisesi ve %18.9'u (92) da meslek lisesindendi. %37.7'si (183) hemoglobinopati konusunda daha önce bilgi edinmiş, %62.3'ü (303) edinmemişti. Bilgisi olanların bilgi kaynağı %23.5'inin (45) okul, %22.4'ünün (41) akraba, %22.4'ünün (41) arkadaş ve %14.2'sinin de (26) internetti. Bilgi edinme ile lise tipi arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ankete katılan öğrencilerin %28.4'ü (138) hastalığın kalıtımla geçtiğini, %48.8'i (237) akraba evliliğinin risk olduğunu bildi ve %28.0'mın (136) çevresinde hasta kişi bulunmaktaydı. Çevresinde hasta bulunanların bilgi edinmeleri olmayanlara göre daha fazlaydı ($p<0.01$). Daha önce bilgi edindiğini belirten 183 öğrencinin %44.8'i (82) hastalığın kalıtımla geçtiğini, %66.7'si (122) akraba evliliğinin risk olduğunu, %83.1'i (152) kan hastalığı olduğunu, %85.8'i (157) taşıyıcılık olduğunu, %77.0'ı (141) Akdeniz'de yaygın olduğunu ve %65.0'ı (119) her iki cinste de olabileceğini bildi.

Öğrencilerin %83.7'si (407) okulda bu konuda bilgilendirilmek istemekte ve %89.1'i de (433) taşıyıcı olup olmadığını öğrenmek istemekteydi.

Öğrencilerin %75.7'si (368) hemoglobinopatilerin kendisi ve ailesini fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak gelecekte etkileyebileceği söz konusu olduğunda gelecekle ilgili kararlarını değiştireceğini belirtti. %57.4'ü (279) de gelecekle ilgili alacağı bu kararda ailesinin fikrinin ön planda olduğunu, %14.8'i ise (72) kendi sağduyusu ve bilgisinin ön planda olduğunu belirtti.

Sonuç: Hatay'da 11.sınıf öğrencilerinin hemoglobinopatiler konusunda bilgileri yetersiz bulundu. Bölgede hemoglobinopati kontrol programına örgün eğitim ve öğrencilerin gelecekle ilgili kararlarında aileyi ön planda tutması nedeniyle halk eğitimi dahil edilmelidir. Ayrıca bölgede hastalığın azaltılmasında hemen evlilik öncesi tarama yerine daha erken yaşlarda tarama yapılması konusu araştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler : Hemoglobinopati kontrol programı, genç öğrenci eğitimi

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

Dr. Cihangir ÖZCAN*, Dr. Sare MIHÇIÖKUR**

*Başkent Üniversitesi, Halk Sağlığı AD.

** Başkent Üniversitesi Kadın – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi

Giriş ve Amaç: 15 Eylül 2005 yılında Düzce’de pilot çalışma olarak başlatılan ve bugün 33 ilde uygulanan Aile Hekimliği Sistemi kapsamında da birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin performans değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu değerlendirmede temel alınan ölçütler; muayene edilen hasta sayısı, sevk edilen hasta sayısıdır. Koruyucu hizmetlerin değerlendirilmesi ise gebe başına düşen izlem sayısı, bebek başına ortalama izlem sayısı, 0 yaş ve 1 yaş grubunda bağışıklama hizmetleri dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu araştırmanın temel amacı seçilen Bartın, Bolu ve Düzce illerinde uygulanan aile hekimliği pilot uygulaması öncesi ve sonrası sağlık sistemi uygulamasının birinci basamaktaki hizmet sunum verilerini saptamak, karşılaştırmak ve bazı performans değerlendirme kriterlerine özgü öneriler getirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada, Bartın, Bolu ve Düzce illeri Sağlık Müdürlüklerinden elde edilen; aile hekimliği uygulaması öncesi sosyalleştirme sistemine ait son 12 ayın (Dönem I) ve aile hekimliği sistemine ait 01.01.2008-31.12.2008 arasındaki 12 ayın (Dönem II) poliklinik başvuru sayısı, kişi başına düşen ortalama başvuru sayısı, sevk hızı, gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlem sayıları, bağışıklama oranları, ve aile planlaması (AP) hizmetleri ile ilgili veriler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Aile Hekimliği sistemine geçiş öncesi ve sonrası veriler değerlendirildiğinde; her üç ilde bir önceki döneme göre; poliklinik başvuru sayılarında; Bartın’da %56.4 (Dönem I: 491976, Dönem II 769592), Bolu’da: %22.0 (Dönem I: 609241, Dönem II: 746283), Düzce’de: %119.0 (Dönem I: 514599, Dönem II: 1130661), kişi başına düşen ortalama muayene sayılarında Bartın’da: %50 (Dönem I: 2.8, Dönem II: 4.2), Bolu’da %12 (Dönem I: 2.4, Dönem II 2.79), Düzce’de %94 (Dönem I: 1.7, Dönem II 3.3), artış olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde gebe ve bebek izlem oranı, bağışıklama oranlarında belirgin artış olduğu belirlenmiştir.

Performans değerlendirme kriterlerine dahil edilmeyen AP hizmetlerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Örneğin; RİA uygulanması her üç ilde azalmıştır. (Bartın: Dönem I: 4330, Dönem II: 3735 - %13.8 azalma, Bolu: Dönem I: 8166, Dönem II: 6585 - %19.4 azalma, Düzce: Dönem I: 10741, Dönem II: 9003 - %16.2 azalma).

Sonuç ve Öneriler: Sağlık hizmetlerinin önemli göstergelerinden biri olan aile planlaması uygulamaları ve yöntem kullanım durumu, kronik hastalıkların izlenmesi, performans değerlendirme kriterlerine dahil edilmemiştir. Bu nedenle ve de altyapının oluşturulamamasından dolayı özellikle AP hizmetlerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Temel sağlık hizmetlerinde bütüncül yaklaşım ilkesinden hareketle AP ve benzer koruyucu hizmetlerin Aile Sağlığı Birimlerinde entegre edilerek verilmesi sağlanmalı ve ayrıca bu hizmetler performans kriterlerine dahil edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, performans, değerlendirme, sağlık hizmeti

ÜLKEMİZDE ANNE HAKLARININ 30 YILLIK ÖYKÜSÜ

Aytül Hadımlı* Özlem Demirel Bozkurt* Hafize Öztürk Can** Semin Şenol**

* Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Ar.Gör.

** Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Yrd.Doç.Dr.

aytul.pelik@ege.edu.tr

Dünya Sağlık Örgütü'nün herkes için sağlık hedefine öncülük eden Alma-Ata Bildirgesinin (1978) sonucu olarak, temel sağlık hizmetleri tüm dünya için temel bir kavram olmuştur. Sağlık alanındaki global ilerlemelerle birlikte, özellikle en mağdur popülasyonu oluşturan anne ve çocuk sağlığı konusunda temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç hissedilmiş ve yapılan uluslar arası birçok toplantı ve konferansta bu konu ele alınmıştır. Anne sağlığı göstergelerindeki günümüzdeki değişimler kuşkusuz daha olumlu olmakla birlikte 30 yılı aşan uğraşlara rağmen Türkiye'de anne sağlığı düzeyi gelişmiş ülkelerin göstergelerinden geridedir.

Bu makalede son 30 yıllık süreçte ülkemizde anne hakları kapsamında temel sağlık hizmetleri içinde anne ve yenidoğan haklarına ilişkin göstergeler kronolojik bir şekilde değerlendirilmiştir.

Temel sağlık hizmetlerinde gelişmeyi ve güçlendirmeyi hedefleyen Alma-Ata Bildirgesinden bu yana, anne sağlığının geliştirilmesinde rol oynayan birçok konferans yapılmıştır. Özellikle 1987'de Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde sağlıkla ilgili diğer uluslar arası kuruluşların da işbirliği ile Nairobi'de yapılan uluslar arası toplantıda "Güvenli Annelik" programı başlatılmıştır. 1994'de Kahire'de yapılan konferansta ise kadınların gebelik dönemlerini ve doğumlarını güvenli koşullarda gerçekleştirmelerini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da kapsayan "üreme hakları" kavramı ele alınmıştır.

Bu konferansın sonuçları bir yıl sonra 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda vurgulanarak, üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri aracılığı ile herkese sağlanması şart koşulmuştur. Anne hakları konusundaki kuşkusuz en önemli gelişme ise 24 Eylül 2001'de kabul edilen "Barselona Bildirgesi"dir. Ana amacı, anne hakları konusunda halkı bilgilendirmek, sağlık sektöründe çalışanların dikkatini çekmek ve uluslar arası kuruluşlardan etkin yanıt alabilmektir. Üreme sağlığı ölçütleri temel alınarak oluşturulan ilk bildirgedir.

Şüphesiz her yapılan toplantı özelde anne, genelde toplum sağlığına katkı sağlamakla birlikte verilen hizmet ve bunun geri dönüşü ülkelerin ekonomik, politik ve sosyal yapılarından etkilenmektedir. Ülkemiz, gerek altına imza atmış olduğu bildirgeler gerekse geliştirmiş olduğu eylem planları ile anne sağlığı ve hakları konusunda ilerleme kaydetmektedir. Ancak bu ilerleme hala istendik düzeyde değildir.

1978-2008 yılları arasında ülkemizdeki kadın sağlığı göstergelerinin en önemlilerinden biri olan anne ölüm hızına (AÖH) bakıldığında Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından 1974 yılında yapılan araştırma sonucuna göre yüz binde 208'dir. DİE tarafından yapılan bir başka araştırmada 1981 yılı için AÖH yüz binde 132 olduğu belirlenmiştir. 1998'de hastane verilerine dayalı (53 ilin 615 hastanesinde) yapılan bir çalışmaya göre AÖH yüz bin canlı doğumda 49 bulunmuştur. 2003 TNSA'da bu oran 49.7'ye ve 2008'de 19.3'e gerilemiştir. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 sonucuna göre AÖH 100,000 canlı doğumda 28.5'tir. En düşük seviyeye Batı Anadolu (7.4) ve en yüksek seviyeye Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu (68.3) bölgelerindedir. Buna ilaveten Bebek Ölüm Hızı 1993'te bin canlı doğumda 53 iken, 1998'de 42.7, 2003'te 29 ve 2008'de 17.6'lara gerilemiştir.

Türkiye’de 1970’lerin sonunda 4 çocuğun üzerinde olan toplam doğurganlık hızı,1980’lerin sonunda 3 çocuğa düşmüş; 1990’lı yıllarda ise 3 çocuğun da altına düşerek 2.6 çocuk düzeyinde durağanlaşmıştır. Toplam doğurganlık hızında 1990’lı yıllarda gözlenen bu durağanlık, 2000’li yıllarda tekrar azalma eğilimine girerek 2.15 düzeyine kadar gerilemiştir. Bu sonuçlar, Türkiye’de toplam doğurganlık hızının son on yılda (1998-2008 döneminde) yüzde 18 azaldığını göstermektedir. Düşük doğurganlık düzeylerinde; sadece on yıllık bir sürede meydana gelen bu azalma son derece dikkat çekicidir. Daha uzun dönemli bir karşılaştırma yapıldığında, Türkiye’de son otuz yılda (1978-2008 döneminde) toplam doğurganlık hızının 4.33’den 2.15’e düştüğü, yani doğurganlık hızının yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığı, görülmektedir.

TNSA-2008 öncesindeki beş yıllık dönemde doğum yapan annelerin yüzde 92’sinin son doğumlarının gebeliği sırasında bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Doğum öncesi bakımın hemen tamamının doktordan alınmış olması dikkati çekmektedir. Doğum öncesi bakım alma oranı, kırsal yerleşim yerlerinde yüzde 84’e; Doğu’da ve eğitimsiz anneler arasında yüzde 80’in hemen altına; 6 ve daha fazla çocuğu olan anneler arasında ise yüzde 72’ye gerilemektedir.

TNSA-1993 öncesindeki beş yıllık dönemde doğumların sadece yüzde 60’ı sağlık kurumlarında gerçekleşirken, bu oran TNSA-2008 öncesindeki beş yılda gerçekleşen doğumlar için yüzde 90’a yükselmiştir.

Bu durum, eğitim ile doğum öncesi ve doğum sırasındaki bakımda sorunlar olduğunu göstermektedir. Anne ölümleri ile neonatal ölümlerin azaltılması için doğum öncesi muayenelerin artırılması ve bu artışa istikrar kazandırılması gerekmektedir.

Anne ve bebek ölüm oranları perspektifinden bakıldığında ülkemiz için hedeflerin gerçekleştiği söylenebilir. Ancak anne haklarının, eğitim ve doğum öncesi bakım hizmeti alma durumundan, doğum sonu çalışan annelerin izin sürelerine kadar oldukça geniş bir yelpazede değerlendirilmesi gerektiği de unutulmamalıdır. Bu haklar toplumun tüm kesimlerine sağlandığı takdirde sağlıklı annelerden, bebeklerden ve toplumdan söz edilebilir.

Anahtar kelimeler: Anne hakları, yenidoğan hakları, Alma Ata

ÖZEL İŞLETME SAHİBİ VE ÇALIŞANLARININ 'TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ HAKKINDA KANUN' İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Mehmet Gündoğdu*, Sevgi Ertılav*, Ayşe Özcan*, Celile Hatipoğlu**

*Denizli Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi, **Pamukkale Üniveristesi Halk Sağlığı AD.

Amaç: Ocak 2008'de 'Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında kanun' (5727) kabul edilmiştir. Bu yasaya göre 19 Mayıs 2008'de lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti veren işletmeler dışındaki kapalı mekânlarda, 19 Temmuz 2009'dan itibaren tüm kapalı mekânlarda tütün yasağı uygulanacaktır. Bu araştırmada; 19 Temmuz 2009 öncesi Denizli\Merkez'deki lokanta, kafeterya, kahvehane vb. özel işletme sahibi ve çalışanlarının bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amaçlanmaktadır.

Gereç Ve Yöntem: Çalışma 13-18 Temmuz 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya her bir TSM bölgesinden 50 işletme alınması planlanmıştır. İşletmeler TSM bölgesi içinde olmak kaydıyla rastgele seçilmiştir. İşletme sahibi ve çalışanlarına gözetim altında 23 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Toplam 200 anketten 196 sayıda anket geçerli sayılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 196 kişi katılmıştır. %67,5'i çalışan, %32,5'i işverendir. Katılımcıların yaş ortalaması 36,0 yıl, çalışma süresi ortalaması 11,1 yıldır. Katılımcıların %45,1'i sigara içmektedir. Günlük içilen sigara adedi ortalaması 21,8, ortalama sigara içme süresi 18,0 yıldır. Katılımcıların %1,5'i nargile içmekte, hiçbiri pipo ve puro içmemektedir. İşletmelerin çoğunu lokantalar (%49,5), ikinci sırayı kahvehaneler (%22,4) oluşturmaktadır. İşletmelerin %37,6'sında halihazırda sigara içilmesi yasaktır. İlgili yasadaki katılımcıların %99'u haberdar olup, bu bilgileri %91,8'i medya, %3,1'i sağlık çalışanı vasıtasıyla duymuştur. Katılımcılara göre; tütün ürünlerinin içilmesinin tamamen yasaklanması gereken yerler sıralamasında kahvehane(%36,1) ve lokantalar(%51,4) son iki sıradadır.

19 Temmuz sonrası başlayan dönem ile ilgili olarak işletmelerde en fazla yapılan hazırlık; sigara yasağı ile ilgili uyarı yazılarının asılması(%79,9) ve tütün ürünlerinin tehlikeleri ile ilgili sağlık uyarılarının görülebilen yerlere asılmasıdır(%73,9). Buna karşın; sigara içenler için özel bölüm oluşturma gibi yanlış hazırlık yapanlar,%29,8 gibi oldukça yüksek orandadır.

İşletme sahiplerinin %61,9'u, çalışanlarının %58,9'u; kahvehane sahiplerinin %86,7'si, kahvehane çalışanlarının %75'i yürürlüğe girecek olan sigara yasağının müşteri sayısını ve gelirlerini azaltacağını düşünmektedir.

19 Temmuz 2009'da uygulanmaya başlayacak olan yasak için katılımcıların %20,5'i uygulanamayacağını söylemekte, %22,5'i yasayı desteklememektedir. İşletme sahiplerinin %69,4'ü, işyeri çalışanlarının %55,9'u yasayı desteklemektedir.

Sonuç: Özel işletme sahibi ve çalışanlarının, yasa konusunda büyük oranda medya tarafından bilgilendirildiği, ilgili diğer kurumlar (dernek,oda,sağlık müdürlüğü) aracılığıyla yapılan bilgilendirme, çok düşük orandadır. Bu yönün güçlendirilmesi yararlı olacaktır.

İşletme sahiplerinin ve çalışanlarının 19 Temmuz sonrası işletmelerinde yapacakları uygulama ve değişiklikleri tam olarak bilmedikleri dikkate çarpmaktadır. Sigara içenler için özel bölüm oluşturma gibi yanlış hazırlık yapanlar oldukça yüksek orandadır. Bu nedenle ilgili kurumlar aracılığıyla doğru bilgilendirme ve eğitimlere önem verilmelidir.

İşletmeciler ve çalışanları arasında yasa nedeniyle işletmelerin gelirlerinin azalacağı endişesini taşıyanların oranı oldukça yüksektir. Buna karşın kendi işletmesinde tütün yasağının 'uygulanabilir' olduğunu belirtenlerin ve yasayı destekleyenlerin oranının %70'i bulunması, yasanın uygulanabilirliğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: tütün yasağı, işletme, kanun, Denizli

KAYSERİ İL MERKEZİNDE HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DEĞİŞİMİ DEĞERLENDİRMESİ

Fatma Akpınar*, İskender Gün**, Ahmet Öztürk***, Osman Günay****

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Araştırma görevlisi Dr.

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Yrd. Doç. Dr.

*** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Doçent Dr.

**** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Prof. Dr.

iskender@erciyes.edu.tr

Amaç: Bu çalışmada; aile hekimliği uygulamasının Kayseri’de başlamasından sonra verilen sağlık hizmetlerinden halkın ne kadar memnun olduğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışma, Ağustos 2009 tarihinde yapılmıştır. Kayseri merkez ilçelerinde yer alan 6 toplum sağlığı bölgesinden herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için başvuran 1079 kişiyle yüz yüze görüşülerek toplam 40 soruluk anket uygulanmıştır. Veriler, bilgisayar yardımıyla değerlendirilmiş, istatistiksel analizde ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 37.9 ± 14.3 , % 58.3’ü kadın, % 48’i lise ve üzerinde eğitime sahipti. Katılımcıların % 80.5’i il merkezinde, % 16.4’ü ilçe merkezinde oturuyordu. Katılımcıların genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı % 73.7 idi. Katılımcılar, aile hekimliği uygulaması ile birlikte hekimin hastalara karşı davranışı, hasta muayene ve tedavi hizmetleri ile mesai saatleri içerisinde hekime ulaşabilme gibi daha çok göz önünde olan durumlarda iyileşme olduğunu belirtmişlerdir. Mesai saatleri dışında hekime ulaşabilme, acil sağlık hizmetleri ve hizmet için bekleme zorunluluğu kötüleştiği ifade edilen başlıca konulardı. Gebe izlemi, bebek ve çocuk izlemi, aile planlaması, sağlık eğitimi alma ve aşılama hizmetin durumu hakkında katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir fikri yoktu. Kadınlarda sağlık hizmetlerinden memnuniyet daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak da önemlidir ($X^2=13.036$, $p<0.05$). Kişilerin eğitim seviyesi arttıkça verilen sağlık hizmetlerinden memnun olmama oranı artmaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak da önemlidir ($X^2=30.004$, $p<0.05$).

Sonuç: Aile hekimliği uygulaması ile birlikte özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri konusunda bir iyileşme sağlanmıştır. Ancak, koruyucu sağlık hizmetlerinin durumu toplum tarafından yeterince bilinmemektedir.

Anahtar kelimeler: 1. Aile hekimliği, 2. Memnuniyet, 3. Sağlık hizmeti, 4. Temel sağlık hizmetleri

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ YÖNERGESİNDE SAĞLIK EĞİTİMİ'NİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdullah Alper ERTEM

Öğretim Görevlisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
alperertem@yahoo.com

Amaç: Bu çalışma ile Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) yönergesinde sağlık eğitiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: TSM Yönergesinin Sağlık Eğitimi etkinlikleri yönünden değerlendirilmesine dayanmaktadır.

Bulgular: Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 2004 yılında yayınlanması ile ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına başlanmıştır.

"... sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini de yürüten, TSM'lerin kurulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. TSM'nin görevleri arasında sağlık eğitimi faaliyetlerinin yürütülmesi yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından "Toplum Sağlığı Merkezleri Performans Değerlendirme Kılavuzu" çıkarılmış ve Sağlık eğitimi hizmetlerini planlamak ve uygulamak performans kriteri olarak değerlendirilmiştir."

"... yeterli sayıda ve nitelikte sağlık ve idari personel bulunur" denilmekte, "Çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin farklı eğitimlere sahip, farklı meslek gruplarının bir arada çalışmasını öngörür ve önerir." doğrultusunda bu ekip içerisinde sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinden sorumlu olacak personel yer almalıdır.

Kapsam bölümünde sağlık eğitimi hizmetlerinin sunulması yer almaktadır. Görev ve yetkileri tanımlayan 9. madde "... ayrıca diğer kurumlarla işbirliği yaparak toplumun ve kişilerin sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürmek görev ve yetkisindedir" olarak tanımlanmıştır. Başlıca sunduğu hizmetlerin içerisinde sağlık eğitimi hizmetleri yer almaktadır. 9-14 Haziran 2008 tarihlerinde TSM Değerlendirme Toplantısı yapılmış ve sonuç metninde "Sağlığı geliştirme programları TSM'lerce yürütülmelidir." görüşü ortaya konulmuştur.

Yönergenin 18. maddesinde İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği yaparak Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yönelik, hizmet içi eğitimi hizmetleri yer almaktadır. Düzce ili Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Değerlendirme raporunda, "Görüşülen aile hekimlerinin bir kısmı gezici hizmetlerde sadece hasta muayenesine zaman bulabildiğini, bir kısmı ise hasta muayenesi yapmadan sağlık eğitimi yaptığını belirtmiştir"

Yönergenin 21. maddesi sağlık eğitimi hizmetlerini tanımlanmakta bu başlık altında 6 farklı görev tanımı yapılmaktadır.

Hekimin görev tanımını içerisinde Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele edilmesi, halk eğitimi, personelinin yıllık plan ve programlar dâhilinde hizmetiçi eğitimi ve eğitim raporunun hazırlanmasında işbirliği yer almaktadır.

Yönergede Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı), Hemşire ve Ebenin Görevleri arasında hizmet içi eğitim faaliyetleri ve halka eğitimi yer almaktadır. Çevre sağlığı teknisyeni görev tanımında halk eğitimi yer almaktadır.

Yönergenin geçici 1. maddesinde "Mevzuatta sağlık ocağı veya personeline verilen görevlerden aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından yapılanlar dışındaki görevler TSM veya personeli tarafından yürütülür" denilmekte ancak görevlerin neler olduğu ve sağlık eğitimi etkinliklerini kapsayıp kapsamadığı belirtilmemektedir.

Sonuç: TSM tarafından planlı ve programlı bir şekilde bu konuda eğitim almış profesyoneller tarafından gerçekleştirilecek sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme etkinlikleri toplum sağlığının gelişimine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Sözcük: Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlık Eğitimi

TUZLA TERSANELER BÖLGESİNDEKİ BİR TERSANEDE GERÇEKLEŞEN YARALANMAYLA SONUÇLANAN KAZA SIKLIĞININ VE AĞIRLIĞININ BELİRLENMESİ

Elif Altundaş*, Ahmet Topuzoğlu

*Ar.gör.Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D,
elifaltundaserden@gmail.com

Amaç: 2007 yılından bu yana ölümlerle sonuçlanan iş kazaları nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği konusunda tartışmalı bir sektör olan gemi inşa sanayinde etkinlik gösteren bir tersanede yaralanmayla sonuçlanan kaza sıklığının ve ağırlığının belirlenmesi.

Gereç-Yöntem: Araştırma Eylül 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında gerçekleşen yaralanmayla sonuçlanan kazaların izlemine dayalıdır. Araştırma, başlangıçta 1359 işçinin çalıştığı Tuzla Tersaneler Bölgesi'nin büyük ölçekli tersanelerinden birinde gerçekleştirildi. Araştırmacı tarafından haftanın üç günü tersane revirine başvuran yaralanmayla sonuçlanan iş kazası geçiren işçilerle yüz yüze görüşülerek, kazanın ayrıntılı değerlendirilmesini sağlayan bir kaza formu dolduruldu.

Bulgular: Altı aylık izlem sonucunda 587 işçinin en az bir kez yaralanmayla sonuçlanan kaza geçirmiş ve yaralanmayla sonuçlanan toplam kaza sayısı 1131'dir. İşçilerin %25,53'ü (n=342) ana firmaya bağlı, yaş ortalaması 31,6±8,6 (min=19, max=65), gemi inşa sektöründe çalışma süre ortalaması 25,9 ay (min=4, max=240), ortancası 15,0'dir. En sık yaralanan organ, %79,1 (n=894) göz, ikincisi %12,2 (n=137) üst ekstremitelerdir. Kazaların %7,25'i (n=82) 3 gün ve daha fazla iş günü kayıplarına neden olurken, %6,18'i (n=70) 1 günden fazla ancak 3 günden daha az iş günü kaybına neden olmuştur.

Yaralanmayla sonuçlanan iş kazası sıklık hızı 100 tam zamanlı çalışan işçi için 101,26 ve iş kazası ağırlık hızı 0,29 olarak hesaplanmıştır. Ana firmaya bağlı olarak çalışan işçilerde kaza sıklık hızı 80,97, taşeron firmalar işçilerinde 109,06'dır. Taşeron işçilerin yaralanmayla sonuçlanan kaza geçirme olasılığı 1,22 kat fazladır. (RR:1,22 GA:1,04-1,43)

Sonuç: Gemi inşa sektöründe ölümlerle sonuçlanan iş kazalarına ilişkin tartışmalar sürerken, söz konusu sorunu önemsizleştirmeksizin, ölümlü iş kazalarının buzdağının görünen kısmı olduğu bu araştırmayla bir kez daha ortaya konulmuştur.

Altı aylık izlem sonucunda elde edilen yaralanmayla sonuçlanan iş kazası ağırlık hızı (101,26) büyüklüğü nedeniyle benzerleriyle kıyaslanabilmekten de uzaktır. Ülkemizde tersanelerde gerçekleşen kazalara ilişkin karşılaştırabileceğimiz bir veri yoktur. Ancak Sosyal Güvenlik Kurumunun 2007 istatistiklerine göre, gemi inşa sektörünün içinde olduğu grup için iş kazası sıklık oranı 13,43 olarak belirtilmiştir. Gemi inşa sanayinde bildirilmiş olan en yüksek yaralanma ve hastalık sıklık hızı Amerika Birleşik Devletleri çalışma istatistiklerine dayalı olarak, 2000 yılında 22,0 ve 2001 yılında 17,2'dir. Yine ABD'de yayınlanan 2007 iş gücü istatistiklerine göre ulaşım araçları ve ekipmanları imalat sektöründe gerçekleşen ölümcül olmayan iş kazası sıklık hızı 100 tam zamanlı çalışan işçi için 6,9'dur. Ülkemiz ile daha fazla benzerlik taşıyan Güney Kore'de bir tersanede yapılan araştırmada 5 yıl boyunca kaza sıklık hızı 1000 tam zamanlı çalışan işçi için sırasıyla 17,4, 26,9, 16,4, 11,3, 14,5 olarak hesaplanmıştır.

Diğer yandan araştırmamız taşeron firma işçilerinin yaralanmayla sonuçlanan kaza geçirme açısından ana firmaya bağlı olarak çalışan işçilerden daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Tersane işçileri, iş kazaları, taşeron üretim

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE TEMİZLİK ÇALIŞANLARININ TEMİZLİK VE HİJYEN KONUSUNDAKİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

S. Erhan DEVECİ, Yasemin AÇIK, Emel YAPICI, A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. – Elazığ

edeveci@firat.edu.tr

Amaç: Bu araştırma, bir üniversite hastanesinde temizlik çalışanlarının temizlik ve hijyen konusundaki davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmaya Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 125 temizlik personelinin araştırmaya katılmayı kabul eden 112 kişi dahil edilmiş, herhangi bir örneklem grubu seçilmemiştir. Araştırma kapsamına alınanlara, literatür kaynaklı hazırlanan bir anket yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Araştırmanın saha çalışması Haziran 2009 tarihinde bir aylık sürede yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınanların %35.7'si kadın, %64.3'ü erkek olup, yaş ortalamaları 38.09 ± 6.47 'dir. %61.6'sı ilköğretim mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip olup, %59.8'inin bu işyerinde çalışma süresi 5 yılın üzerindedir. Temizlik çalışanlarının %56.3'ü göreve başlamadan önce, %20.5'i göreve başladıktan sonra hastane temizliği ve bununla ilgili uyulması/dikkat edilmesi gereken kurallar konusunda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. %10.7'si ise konu ile ilgili hiç eğitim almamıştır. Eğitim almış olanların %58.0'ı eğitim süresinin bir saat olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunda en fazla genel temizlik ve temizlik maddelerinin kullanımı ile eğitim alındığı ifade edilmiştir (%87.5). Hijyen kuralları ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili eğitim aldığını belirtenlerin oranı ise %43.8'dir. Yine yaptığı iş ile ilgili düzenli olarak hizmet içi eğitim verildiğini ifade edenlerin oranı %15.2'dir. Tümü (%100) çalışmaları sırasında eldiven, %11.6'sı bone/başlık, %8.9'u ise maske kullandığını bildirmiştir. Çalışanların %63.4'ü işe başlarken, %47.3'ü tuvalet öncesi, %1.8'i evine giderken, %14.3'ü yemek öncesi, %15.2'si yemek sonrası ellerini yıkamamaktadır. Yine tümü (%100) çalışma süreleri içerisinde yemek yerken iş önlüğü/iş kıyafetlerini çıkarmadıklarını ifade etmiştir. %33.9'u temizlik işleriyle uğraşırken hasta bakımına da yardım ettiklerini bildirmiştir. Çalışma ortamı ile ilgili herhangi bir koruyucu aşı yaptırdığını söyleyenlerin oranı %18.8'dir. %44.6'sı temizlik işleri ile uğraşırken eline iğne battığını belirtmiştir. Çalışanların %63.4'ü halen sigara içmektedir. %89.3'ü çalışma ortamında aynı görevi yapan arkadaşlarının desteğini gördüğünü ifade etmiştir. %20.5'i yaptıkları iş ve çalışma ortamı ile ilgili en önemli sorunu eleman sayısı azlığı/iş yükü fazlalığı olarak ifade etmişlerdir.

Sonuç: Temizlik çalışanlarının yaptıkları işle ilgili olarak işe başlamadan önce ve sonrasında eğitim eksikliği mevcuttur. Çalışma ortamı ile ilgili koruyucu malzeme kullanma ve koruyucu aşı olma oranları düşüktür. Temizlik işlerinde görev yapan personelin daha etkili ve sağlıklı davranışlar içerisinde çalışmaları için önlemler ve eğitim programları artırılmalıdır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarına iş sağlığı hizmeti sunumu planlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Hastane, temizlik çalışanları, hijyen davranışları.

TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ VE ALTINCI DÖNEM ÖĞRENCİLERİNİN BİYOLOJİK SAĞLIK RİSKLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yrd.Doç.Dr.Ercan GÖÇGELDİ, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA
Dr.Hakan İSTANBULLUOĞLU, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA
Uz.Dr.Türker TÜRKER, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA
Doç.Dr.Mahir GÜLEÇ, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA
Prof.Dr.Süleyman CEYLAN, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA

Amaç: Sağlık çalışanlarının mesleksel karşılaşmadan kaynaklanan biyolojik sağlık risklerini bilmesi, özellikle kan yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili koruyucu önlemleri bilmesi ve uygulaması zorunludur. Bu çalışmada GATA Askeri Tıp Fakültesi birinci ve altıncı dönem öğrencilerinin mesleksel karşılaşmadan kaynaklanan biyolojik sağlık riskleri ve alınması gereken önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma GATA Askeri Tıp Fakültesi birinci ve altıncı dönem öğrencilerinde Ocak 2008'de gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastalık, izin, nöbet vb. nedenlerle birinci dönem öğrencilerinin %98,5'ine (68/69), altıncı dönem öğrencilerinin %68,1'ine (77/113) ulaşılabilmektedir.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu katılımcıların mesleksel karşılaşmaya bağlı biyolojik sağlık riskleri, koruyucu önlemler, şüpheli temas sonrası bazı hastalıkların bulaşma riskleri konularındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan sorulardan oluşmuştur. Her iki dönem öğrencilerinin yanıtları arasındaki farklılıkların önemliliği Ki-Kare testiyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Kan ve temas yoluyla bulaşan hastalıklar yönünden kendisini oldukça fazla düzeyde risk altında hissetme düzeyi altıncı dönem öğrencilerinde (%51,9), birinci dönem öğrencilerine göre (%4,4) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Kişisel koruyucu malzeme olarak eldiven (yüzdeler 1.ve 6.dönem öğrencilerinde sırayla; %100,0'e %94,8), gözlük (%73,5'e %55,8) ve önlük (%83,3'e %59,7) kullanımını gerekli görme yüzdeleri birinci dönem öğrencilerde daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Deri bütünlüğü bozulmuş olan bir yerden HBV, HCV ve HIV bulaşma riski konusundaki değerlendirmeleri sorulmuş, HBV için birinci dönem öğrencilerinin %38,2'si oldukça fazla, altıncı dönem öğrencilerinin %45,5'i fazla, HCV bulaşma riski için birinci dönem öğrencilerinin %35,3'ü çok fazla, altıncı dönem öğrencilerinin %55,8'i orta düzeyde, HIV bulaşma riski için birinci dönem öğrencilerinin %42,6'sı çok fazla, altıncı dönem öğrencilerinin %58,6'sı çok az düzeyde olarak değerlendirmiştir.

"Acil servise kardiyak arrest ile gelen hastada ilk yapılacak uygulama" şeklinde bir problem sorulmuş, birinci dönem öğrencilerinden hiçbiri "eldiven giyme" yanıtını vermemiş, altıncı dönem öğrencilerinin %26,0'ı "eldiven giyme" yanıtını vermiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Beklendiği gibi birinci dönem öğrencilerinin tıbbi meslek yaşamları sırasında karşılaşabilecekleri biyolojik sağlık riskleri konusundaki bilgilerinin daha düşük olduğu, ancak altıncı dönem öğrencilerinin bazı konulardaki bilgilerinin istendiği kadar yüksek olmadığı, kanla bulaşan bazı hastalıkların bulaşma riskleri konusundaki risk algılamalarının altıncı dönem öğrencilerinde gerçeğe daha yakın olduğu değerlendirilmiştir. "Sağlık personelinin mesleksel riskler ve korunma önlemleri" konusunun mezuniyet öncesi eğitim müfredatına dahil edilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tıp öğrencisi, biyolojik sağlık riskleri, mesleksel karşılaşma, temasla bulaşan hastalık, kanla bulaşan hastalık

AYDIN BELEDİYESİ ADNAN MENDERES MAHALLE KONAĞI HALK EĞİTİMLERİ

Prof.Dr. Erdal BEŞER, Doç. Dr. Pınar OKYAY, Doç. Dr. Didem Evci, Yard.Doç.Dr Filiz ERGİN,
Araş.Gör.Dr. Mete Önde, Araş.Gör.Dr. Mehmet Ali Bilgen
ADÜTF Halk Sağlığı AD
besererdal@yahoo.com

Giriş-Amaç: Aydın Belediyesi tarafından yaptırıldıktan sonra Temmuz 2008'de imzalanan işbirliği protokolü ile 15 yıl süre ile Adnan Menderes Üniversitesi'ne tahsis edilen Aydın Belediyesi Adnan Menderes Mahalle Konağı'nın Ocak 2009'da resmi açılışı yapılmıştır. Mahalle konağı bünyesinde hizmet vermeye başlayan Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İlhami Ortekin Halk Polikliniği'nde, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi tarafından; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları, Nöroloji ve Halk Sağlığı poliklinikleri ile hizmet verilmeye başlanmıştır.

Bu hizmetler kapsamında Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından düzenlenen halk eğitimleri ile önemli sağlık sorunlarına ve hastalıklara dikkat çekilerek, katılımcıların bu konularda farkındalık düzeylerinin artırılması, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini kavramaları ve bu hizmetlere erişim yollarını öğrenmeleri amaçlanmakta, aynı zamanda alınan eğitimler sonucunda kişilerin olumlu davranış değişiklikleri edinmeleri hedeflenmektedir.

Bu çalışmanın amacı Ocak-Nisan 2009 tarihleri arasında ADÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilen halk eğitimleri hakkında paylaşımda bulunmaktadır.

Gereç-Yöntem: Halk eğitimi konuları bölge halkının sağlık ocaklarına sözel talepleri doğrultusunda, ilgili sağlık ocaklarında kırsal hekimlik stajını yapmakta olan son sınıf öğrencilerinin sağlık ocakları sorumlu hekimleri ile görüşmeleri sonucunda belirlenmektedir. Eğitimler düzenlenmesi planlanan hafta içerisinde eğitim konusunda Anabilim Dalımızca hazırlanan afişlerin Adnan Menderes Mahallesi Muhtarlığı tarafından sergilenmesi ve eğitimin mahalle muhtarlığı tarafından yapılan anonslarla duyurulması sonrasında her hafta Perşembe günleri Halk Sağlığı Eğitim Salonunda düzenlenmektedir. Bu eğitimler Anabilim Dalı öğretim üyeleri eşliğinde, araştırma görevlileri ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kırsal hekimlik stajını yapmakta olan son sınıf öğrencileri tarafından verilmektedir. Eğitimler interaktif eğitim teknikleri kullanılarak, görsel materyaller ile desteklenerek sunulmaktadır.

Bulgular: Aydın merkez belediye sınırları içerisinde yer alan Adnan Menderes Mahallesi'nin yaklaşık 12000 nüfusu vardır. Adnan Menderes Mahallesi konumu ve sosyoekonomik özellikleri açısından Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nün sağlık ocağı sınıflamasına göre yarı kentsel sağlık ocağı bölgesi yapısında olup, küçük özellikli sanayi işyerlerinin bulunduğu orta gelişmişlikte bir bölgedir.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İlhami Ortekin Halk Polikliniği'nde hizmet veren polikliniklere günlük başvuru sayısı yaklaşık 50 kişi olup, Ocak-Nisan 2009 tarihleri arasında anabilim dalımızca gerçekleştirilen 11 halk eğitimine ortalama 7,91 (4-14) kişi katılmıştır.

Ocak-Nisan 2009 tarihleri arasında ADÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından; kronik hastalıklar, sigara ve madde bağımlılığı, ana ve çocuk sağlığı, kadın ve üreme sağlığı, ev kazaları, kişisel hijyen kuralları ve ev temizliği konularında halk eğitimleri düzenlenmiş olup bu eğitimlere % 93,1'i (81) kadın toplam 87 kişi katılmıştır. Eğitimlerin her biri yaklaşık iki saat sürmüştür. Düzenlenen halk eğitimlerine katılan kişilerin, katılmış oldukları eğitimlerin konuları sıralandığında; %49,4 ile kronik hastalıklar ilk sırada, %17,2 ile ana ve çocuk sağlığı ikinci sırada, %14,9 ile kişisel hijyen kuralları ve ev temizliği üçüncü sırada yer almıştır.

Sonuç: Anabilim Dalımız tarafından kişiye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında önemli bir müdahale aracı olarak kullanılan halk eğitimleri, başlamasını takiben kısa süre içerisinde çevre halkı tarafından talep edilen bir sağlık hizmeti olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Halk Eğitimi, İnteraktif Eğitim, Halk Sağlığı, Koruyucu Hizmetler

GÜMÜŞHANE İLİ KELKİT İLÇESİ DEREDOLU BELDESİ HEPATİT A SALGINI

M.İLGÜN¹, M.TOPBAŞ², A.ARSLAN¹, A.KALAYCI¹, M.ILGAZ¹, Z.GEMİCİOĞLU¹, İ.GÜLHAN¹, M.TOPSAKAL¹

¹Uzm.Dr.Müjde İLGÜN; Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü; Halk Sağlığı Uzmanı

¹Ali ARSLAN; Gümüşhane İl Sağlık Müd. Bul. Hst. Şube Müd.

¹Adem KALAYCI; Gümüşhane İl Sağlık Müd. Bul. Hst. Şube Müd.

¹Murat ILGAZ; Gümüşhane İl Sağlık Müd. Bul. Hst. Şube Müd.

¹Zeynep GEMİCİOĞLU; Gümüşhane İl Sağlık Müd. Bul. Hst. Şube Müd.

¹Dr.İsmail GÜLHAN; Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hst.Şube Müdürü

¹Dr.Mehmet TOPSAKAL; İl Sağlık Müdürü

²Doç.Dr.Murat TOPBAŞ; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

mujde.serifhan@gmail.com

Giriş ve Amaç: Gümüşhane İli Kelkit İlçesi Deredolu Beldesi'nde 01/10-30/12/2008 tarihleri arasında görülen hepatit A salgını neden sonuç ilişkisinin araştırmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Saptanan olgular çoğunlukla Deredolu İlköğretim Okulu (İ.Ö.O.) öğrencilerinden oluşmakta olup, fosseptik çukurunun öğrencilerin oyun sahasında kaldığı ve atık suların çevreye yayıldığı belirlenmiştir. İlk olgu 01/10/2008 tarihinde tanı almakla birlikte bayram tatili ve hastanenin taşınmasına bağlı otomasyon sistemindeki aksaklıklar nedeni ile bildirimler gecikmeli yapılmıştır. Olgu incelemesi ve kaynağın saptanarak kontrol altına alınması amacı ile Sağlık Müdürlüğünce oluşturulan ekip 10/11/2008 itibarı ile incelemelerde bulunmuştur. Bildirimi yapılan 70 olgu bulunmakta olup bunlardan ilk 34'ünün 16'sında HAV IGM (+) bulunmuştur. Son 3 yılda ilçede 2005'te 14; 2006'da 21; 2007'de 1 vaka görülmüştür. Bölgede aynı zaman diliminde beklenenden fazla vakanın olması ile durum salgın olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Vakaların tamamı 12 yaş altı olup, çoğunluğu erkek çocuklardan (%62.9) oluşmaktadır. Bu fark, ağırlıklı olarak erkek çocukların sızıntı yapan fosseptik alanında top oynamalarından ve hemen sonra okul bahçesindeki çeşmeden su içmelerinden kaynaklanan muhtemel el bulaşına bağlanabilir. Yine ilk olguların hemen tamamı Deredolu Beldesi İ.Ö.O.'da öğrenci olup ilerleyen zamanlarda 6 yaş altı olgular görülmeye başlanmıştır. Bu durum da salgının okulda kişiden kişiye bulaşma şeklinde başlayarak, daha sonra ev içi bulaştırma yönüne kaydığını göstermektedir. Olguların, %64.3'ü 7-12, %35.7'si ise 0-6 yaşları arasındadır. İnfekte çocukların %15.7'sinde ilk şikayet kusma olup, bunu %13.9 ile karın ağrısı izlemektedir. Ayrıca, halsizlik, bulantı, iştahsızlık, ateş, baş ağrısı, ishal, idrar değişikliği, sarılık ve diğer aile üyelerinde benzer şikayet öyküsüne sıklıkla rastlanmıştır.

Sonuç: Olguların çoğunlukla görüldüğü İ.Ö.O.'nda fosseptik çukurunun oyun sahası içinde kaldığı, boyutu nedeniyle 2-3 günde dolduğu ve atık sularının okul çevresine yayıldığı gözlenmiştir. Yapılan çalışmalar salgının su yada yiyecek kaynaklı olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca okulda salgın öncesi dönemde su kesintileri yaşanmış olması, hela hijyeninin kötü olması, öğrencilerin, öğretim elemanlarının ve halkın hastalık ile ilgili yeterli bilgi ve duyarlılığa sahip olmaması, bildirim sisteminde yaşanan sıkıntılar da salgının yayılmasında kolaylaştırıcı rol oynamıştır. Salgın ile ilgili olarak öncelikle bölgedeki sağlık kurum ve kuruluşları, olası başvurular ve günlük bildirim konusunda uyarılmış; bölgede düzenli bakteriyolojik su numunesi alımı ve günlük bakiye klor ölçümü yapılması sağlanmış; Deredolu İ.Ö.O.'da salgını kırma amacı ile infekte olmayan 193 öğrenci aşılanmış; beldede hane ziyaretleri ile hastalık, bulaş ve korunma yolları, hijyen ve doğru el yıkama konularında eğitim verilmiştir. Yine öncelikli olarak olguların görüldüğü okulları, daha sonra ise, ildeki tüm İ.Ö.O.'larını kapsayacak şekilde bir eğitim programı yürütülmüştür. Başta sağlık personeline olmak üzere duyarlılığının artırılması, okulda/sahada hijyen eğitimleri, özellikle eğitim kurumlarında fiziki altyapının iyileştirilmesi ve sektörlerarası işbirliğinin sağlanması olası salgınların önlenmesinde önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Salgın incelemesi, hepatit A, okul hijyeni

MANİSA İLİNDE AİLE HEKİMLERİ TARAFINDAN SUNULMAKTA OLAN BAZI KORUYUCU HİZMETLERİN DEĞERLENDİRMESİ

Ayşe Nur K.TUNCAL, Gonca ATASOYLU, Ayla ALPGİRAY, Osman ÖZTÜRK, Ziya TAY

Manisa Sağlık Müdürlüğü

e_posta: e_aysenur_kuscu@yahoo.com

AMAÇ: Manisa ilinde Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları (ASE) tarafından yürütülen koruyucu hizmetlerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu yönelem çalışması, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen metodoloji doğrultusunda yürütülmüştür. Çalışma 2009 yılı Şubat, Mart ve Nisan aylarındaki hizmetlerin kontrolünü içermektedir. Aylık olarak Aile Hekimlerinin %10'u sistematik örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Örnekleme çıkan hekimlerin önceki ayda izledikleri gebe ve bebekler ile aşılanan bebeklerin bilgileri Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nden (AHBS) Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) çalışanları tarafından alınarak listelenmiştir. TSM çalışanları tarafından, listedeki kişiler evlerinde ziyaret edilerek verilen hizmetler değerlendirilmiştir. İzlemlerin değerlendirilmesinde Bakanlığın Gebe ve Bebek İzlem Protokolleri esas alınmıştır. Değerlendirme formu geliştirilerek TSM personeline eğitim verilmiştir. Veri Mart-Haziran aylarında toplanmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri, yüzde olarak verilmiştir. Ortalamalar aritmetik ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 for Windows kullanılmıştır.

BULGULAR: 114 Aile Hekimi bölgesinde toplam 3543 adet etkinlik değerlendirilmiştir. Etkinliklerin %43.7'sini (n=1549) bebek izlem, %23.3'ünü (n=827) gebe izlem, %33.0'ını (n=1167) bebek aşı oluşturmaktadır. Etkinliklerin %92.9'unun yapıldığı (n=3291), %1.4'ünün yapılmadığı (n=49) belirlenmiştir. Kişilerin %1.7'sine göç ve taşınma nedeniyle ulaşılammış (n=59), %4.0'i evde bulunamamıştır (n=144). Yapıldığı belirlenen gebe izlem %91.2, bebek izlem %93.1, bebek aşı %93.8'tür. Yapılmayanlarda ise bu oranlar aynı sırayla %2.2, %1.5, %0.6'dır. Yapılmama gerekçesi olarak çağrıldığı halde ASM'ye gitmemek ve çağrılmamak ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %69.2'si kent yerleşimlidir. Bağlı ASM'ye ortalama 15,1±10,2 (en az 1, en çok 80) dakika uzaklıktadırlar. Bilgilerin %91,6'sı yüzyüze görüşme, %8,4'ü telefon ile alınmıştır. İzlemi/aşığı yapan %92.7 ile ebedir. Sadece doktorun izlem/aşığı yapma oranı %0.7'dir. Etkinliklerin %89.8'inin ASM'de, %9.3'ünün gezici hizmette, %0.9'unun ise evde gerçekleştirildiği görülmektedir. Evde sunulan hizmetlerde ilk sırayı gebe izlemi oluşturmaktadır (%1.2). Gebelik/bebekten Aile Hekimi/ASE'nin haberdar olması incelendiğinde, %78.0 oranında kişinin ASM'ye giderek bilgilendirme yaptığı görülmüştür.

Son gebelik izleminde (n=754) kontrollerin tümünün yapılma durumu incelendiğinde, %56.4'ünün yapılmadığı saptanmıştır. Son gebelik izleminde kan basıncı ve ağırlık ölçümü %98.9, ödem kontrolü %83.8, varis kontrolü %78.8, idrarda protein bakılması %74.3, Hgb ölçümü %84.2, ÇKS kontrolü %83.0'dır. Son izleminde gebelerin %90.6'sı en az bir konuda; %17.9'u gereken tüm konularda eğitim almıştır.

Bebek izleminde, beyan edilen doğum tarihi ile AHBS'deki tarihin tutarlılığı %98,1'dir. Son izleminde bebeklerin %99.9'unun ağırlık, %99.7'sinin boy, %99.0'unun baş çevresinin ölçüldüğü, %93.7'sinin fontanel değerlendirmesinin; %99.8'inin tüm kontrollerinin yapıldığı belirlenmiştir. "Yenidoğan döneminde ASE tarafından FKÜ/topuk kanı alındı mı?" sorusuna (n=1442) %95.3 oranında olumlu yanıt alınmıştır. Son bebek izleminde en az bir konuda eğitim verilme durumu %95.5, tüm konularda %58.0'dır.

Bebek aşı bilgisi (n=1091), %86,1 ile aşı kartı görülerek, %13,9 ile kişi beyanı ile alınmıştır. Beyan bebek aşı tarihi, AHBS kayıtları ile karşılaştırıldığında %98,0 oranında uyumlu bulunmuştur. Bebeğin ebeveyninin %95.0'ının aşılar, %91.1'inin yapılan aşımın içeriği, %97.1'inin aşı sonrası istenmeyen etkiler hakkında bilgilendirildiği, %98.9'una sonraki aşı için randevu verildiği öğrenilmiştir.

SONUÇ: Aile Hekimliği sisteminde performans ölçütü olan bu koruyucu hizmetlerin sunulma oranı yüksektir. Yapılmadığı saptanan az sayıda etkinlik için yasal işlem uygulanmaktadır. Denetim, yönetimin temel bileşenlerinden biri olup, nicelik ve nitelik açısından hizmetin geliştirilmesi için gereklidir.

TEŞEKKÜR: TSM personeline özverili çalışmalarından dolayı teşekkür ederiz.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, koruyucu hizmetler, izlem, aşı, gebe, bebek.

0-1 YAŞ ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN SAĞLIK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Msc. Sultan GERÇEK^(), Dr. Özlem DURAN^(*), Hümeysra Beyazıt^(**), Nurdan Kartal^(**), Hülyaz Gezertaşar^(**)*

^() Arş.Gör., Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, SİVAS*

*^(**) Ebe, SİVAS*

sultangercek@gmail.com

Amaç: Bu çalışma 0-1 yaş çocuğa sahip olan ebeveynlerin sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmış olup araştırmanın evrenini; 0-1 yaş çocuğa sahip olan 20 sağlık ocağına kayıtlı toplam 5042 ebeveyn oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlerken tabakalı rasgele örnekleme yöntemi kullanılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 351 ebeveyn araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri, ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerini değerlendirilmesine yönelik bilgilerin içinde bulunduğu soru formu ve Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği ile toplanmıştır. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Parsel ve Mayer (1978) tarafından geliştirilmiş olup Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Sunmaz (2003) tarafından yapılmıştır. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği; annelerin sağlık ile ilgili inançlarını değerlendiren 3 alt ölçeği içeren 20 maddelik bir araçtır. Ölçekte likert tipi ölçekleme yöntemi kullanılmıştır. İç faktörler alt ölçeği yedi maddeden oluşmuş olup, annelerin sağlık inançlarına ilişkin içsel kontrollerini ifade eder. Dış faktörler alt ölçeği; sekiz maddeden oluşmaktadır ve annenin kendi inancı olmayan fakat sağlık inancını etkileyen dış faktörleri ifade eder. Şans faktörleri alt ölçeği; beş maddeden oluşmuş olup, annelerin inançlarının şans ve diğer etmenlerden etkilenmesini ifade etmektedir. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 10.0 programında Kruskal Wallis, Student t ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 0-1 yaş bebeğe sahip annelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %35.3'ü 21-25 yaş grubunda, %40.2'si ilköğretim birinci basamak eğitimi almış olduğu, %91.2'si ev hanımı olarak belirlenmiştir. Çocukların cinsiyetinde 54.1'i erkek, yaşında (ay olarak) %29.9'u 3 ay ve altı olarak saptanmıştır. Örnekleme alınan annelerin iç faktör alt ölçeğinin 24.12±5.17, dış faktör alt ölçeğinin puan ortalaması 32.68±4.81, şans faktörü alt ölçeğinin puan ortalaması 22.82±3.24 olarak bulunmuştur.

0-1 yaş bebeğe sahip annelerin çocuk yaşlarına ve eğitim durumuna göre iç faktör alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması diğer alt ölçeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.(p< 0.05)

Annelerin gelir düzeylerinden iç faktör, dış faktör ve şans faktörü olanların sağlık inanç ölçeğinden aldıkları puanları incelendiğinde dış faktör alt puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamız sonucunda çocukların yaşı (ay olarak) arttıkça ve de annenin eğitim durumu azaldıkça ebeveynlerin sağlığın kendiliğinden geldiğine inandıkları saptanmıştır. Ancak bir toplumdaki çocuk sağlığı; o toplumun sosyoekonomik düzeyi, kültürü, yaşam ortamının hijyeni ve sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesi ile yakından ilişkilidir. Bu amaç ile sağlık profesyonellerinin 0-1 yaş bebeğe sahip ebeveynlere sağlık inançları ve bu inançları etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olup buna uygun sağlık eğitimleri planlamaları gerekmektedir. Böylelikle temelde bebek sağlığı genelde ise toplum sağlığının yükseltilmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: 0-1 yaş bebek, Ebeveyn, Sağlık İnanç Modeli, Ebe.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI ÖZEL HEKİMLERİN GEBELİK TETANOZUNA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

İsmigül İsaoglu¹ Süheyla Özsoy² Rengin Ö. Dönmez²

¹Yüksek Hemşire

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

Giriş: Neonatal Tetanoz (NNT) doğum öncesi bakım hizmetlerinin sınırlı verildiği, doğumların kirli ortamlarda, eğitimsiz kişilerce yaptırıldığı ve tetanoza karşı bağışıklamanın yetersiz olduğu birçok az gelişmiş ülkede önemli bir halk sağlığı sorunudur. NNT tüm dünyada bebekler arasında aşıyla korunulabilir hastalıklardan ölümlerin ikinci nedeni olup tüm neonatal ölümlerin %14.0'ından sorumludur. Dünyada yılda 289,000 NNT olgusu görülmekte ve bunların 214,000'i ölümlerle sonuçlanmaktadır. NNT, özellikle gebelerin olmak üzere, doğurgan çağdaki kadınların tetanoza karşı bağışıklık hale getirilmesi, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterli, güvenli durumda olması, doğumların sağlıklı koşullarda ve eğitilmiş personelle yapılması ile önlenir. Ülkemizde gebelere ve 15-49 yaş kadınlara birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ücretsiz olarak tetanoz aşılması yapılmaktadır. Buna karşın Sağlık Bakanlığı (2006) verilerine göre, TT bağışıklama oranı %41'dir.

Bu araştırma, neonatal tetanozu ve meternal tetanozu önlemede en etkili yöntemlerden bir olan gebelerin aşılmasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı muayene hekimlerinin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini 2006 yılında İzmir İli Tabip Odası Konak ilçesine kayıtlı 174 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim oluşturmuştur, örneklem seçimine gidilmemiştir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 22 soru (9 açık ve 13 kapalı uçlu soru) içeren anket formu ile toplanmıştır. Verilerin sayı yüzde dağılımları yapılmıştır.

Bulgular: Hekimlerin %86.2'si (n=150) araştırmaya katılmış, %95.3'ü uzman ve %37.3'ü 5-9 yıldır görev yapmaktadır. Hekimlerin %96.7'si muayenehaneleri dışında başka bir kurumda çalışmakta, %92.0'sinin çalıştığı kurum devlet hastanesidir. Hekimler, takip ettikleri gebelerin %81.3'ünün tetanoz hakkında bilgiyi sağlık ocaklarından aldıklarını ifade etmişler ve %98.7'si tetanoz aşısını gebelere önermişlerdir. Hekimlerin %86.0'si tetanoz aşısı uygulamasını en erken 16. Haftada ve en geç 32. Haftada uyguladıklarını, %57.3'ü muayenehanede tetanoz aşısı uygulamadıklarını ve sağlık ocağına sevk ettiklerini ifade etmişlerdir. Hekimlerin %62.0'si gebeler tetanoz aşısı yaptırmayı istemediğinde, bu durum ile ilgili kayıt tutmaktadır. Hekimlerin %54.7'si tetanozu öncelikli bir sorun olarak görmektedir ve hekimlerin tamamı Türkiye'de bağışıklamanın yeterli olmadığını ifade etmektedirler. Tetanozu önlemeye yönelik olarak, hekimlerin %32.2'si bağışıklama yaygınlaştırılmalı, %24.5'i doğumlar hastanede gerçekleştirilmeli ve %12.8'i halk bilinçlendirilmeli önerisinde bulunmuşlardır.

Sonuç-Öneriler: Neonatal ve Maternal Tetanozdan korunmada, hekimlerin çoğunluğunun aşılama önerdikleri ve aşılama için sorumlu kurumu sağlık ocağı olarak görmelerinin yanında yaklaşık yarısının öncelikli sorun olmadığını düşünmesi dikkat çekicidir. Bu nedenle hekimler arasında, çalıştığı kurumlarda ve muayene için kendilerine gelen gebelerin tetanoz aşısı durumlarını sorgulamaları, aşısı olmamış gebe saptanmışsa gerekli açıklamaları yaparak, sağlık ocağına yönlendirmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Tetanoz, Neonatal Tetanoz.

GEBE KADINLARIN ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Dr. Özlem DURAN ()*, Msc. *Sultan GERÇEK (*)*, *Fatma BİLGİÇ (**)*, *Şaziye KIRKGEÇİT (**)*, *Ayşegül YILDIZ (**)*

() Arş.Gör., Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, SİVAS*

*(**) Ebe, SİVAS*

oduran@cumhuriyet.edu.tr

Amaç: Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen faaliyetleri yapmalarınıdır. Bu bakımın kadınlar için önemli olduğu dönemlerden birisi de gebeliktir. Bu araştırmada, Sivas Devlet Hastanesi'ne başvuran sağlıklı ve riskli gebelerin öz bakım gücü düzeylerini belirleyerek, bunun sağlıklı yaşam biçim davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel olarak, 16.03.2009-13.04.2009 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütülmüştür. 01.01.2008-31.12.2008 tarihleri arasında polikliniğe başvuran gebe sayısı 12 155'tir. Evrendeki birey sayısının bilindiği, olayın görülüş sıklığının dikkate alındığı örnekleme yöntemi ile hesaplama yapılarak 358 gebenin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Araştırma verileri sosyo-demografik soru formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Gebelerin SYBD Ölçeği total puanlarının orta düzeyde "124.86 ± 27.36 (Min: 39, Max: 187)" olduğu bulunmuş, en yüksek alt ölçek puan ortalamasının "Kendini Gerçekleştirme" 36.73 ± 9.08 (Min: 16, Max: 58), alt ölçeğine ait olduğu, en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise "Egzersiz" 8.13 ± 3.35 (Min: 5, Max: 23) alt ölçeğine ait olduğu bulunmuştur.

Gebelerin ÖBG puanları ile SYBD total ölçek puanı, SYBD Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Stres Yönetimi alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan olumlu yönde ve güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla; $r = 0.685$, $r = 0.697$, $r = 0.644$, $r = 0.589$, $r = 0.639$; $p < 0.05$). Gebelerin SYBD alt boyutlarından Kişilerarası Destek ve Egzersiz puanları ile ÖBG puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, olumlu yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla; $r = 0.476$, $r = 0.278$; $p < 0.05$)

Sonuç: Araştırmaya katılan gebelerin öz bakım gücü puanları arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik puanlarının da paralel olarak arttığı belirlenmiştir. Bu sonuca yönelik olarak gebelerin öz bakım gücü ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarının düzeylerinin belirlenmesi amacıyla ÖBG ve SYBD ölçeklerinin uygulama alanlarında kullanılması ve ortaya çıkan sorunlarda da gereken ebelik uygulamalarının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Öz Bakım Gücü, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SOSYAL SINIFIN VE SAĞLIK GÜVENCESİNİN SAĞLIK HİZMET KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ: BİR EŞİTSİZLİK ARAŞTIRMASI

N.Nesanır¹, G.Dinç², S.Cambaz³, P.Baysan⁴, M.Şerifhan⁵, S.Deveci³, T.Pala⁶, C.Özcan²

¹İl Sağlık Müdürlüğü, Düzce

²Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, halk sağlığı AD

³Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu

⁴İl Sağlık Müdürlüğü, Tokat

⁵İl Sağlık Müdürlüğü, Gümüşhane

⁶Sağlık İstasyonu, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Aliğa

Bu çalışmada sosyal sınıf ve sağlık güvencesinin ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmeti kullanımını üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın verileri 2005 yılı Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (MNSA) kapsamında toplanmıştır. Manisa kent merkezi nüfusunu (n=232.760) temsil eden 11.284 hane halkı bireyine sağlık evi nüfuslarına orantılı küme örnek seçimi yöntemi ile ulaşılmıştır. Veriler anketörler tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini son 15 günde bir sağlık sorunu yaşama, son 15 günde bir sağlık kurumuna ayakta tanı ve tedavi amacı ile başvurma ve son bir yılda hastanede yatarak tanı ve tedavi görme oluşturmaktadır. Hanenin işe/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Korkut Boratav'ın kentsel sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir. Veriler, SPSS for Windows 11.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiş, istatistiksel karşılaştırmalarda tek değişkenli analizlerde ki kare, çok değişkenli analizlerde ise lojistik regresyon kullanılmıştır Farklı sosyal sınıfların ve sağlık güvencesi varlığının sağlık sorunu yaşama, ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşma açısından tek değişkenli riskleri hesaplanmıştır. Çok değişkenli riskler yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiştir. Hane halkı bireylerinde son on beş günde sağlık sorunu yaşama sıklığı %8,3, ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma sıklığı %7,1 ve son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görme sıklığı %6,3'tür. İşsizlerle karşılaştırıldığında son on beş günde üst sosyal sınıfta 1.79 (1.17-2.75), orta sosyal sınıfta 1.51(1.10-2.06) ve alt sosyal sınıfta 1.44 (1.04-2.00) kat daha fazla sağlık sorunu yaşanmıştır. Yine işsizlerle karşılaştırıldığında son on beş günde üst sosyal sınıfta 1.73 (1.08-1.46), orta sosyal sınıfta 1.46(1.03-2.06), alt sosyal sınıfta 1.53 (1.07-2.20) kat daha fazla ayakta tanı ve tedavi hizmeti kullanımı olmuştur. Farklı sosyal sınıfların yaş, cinsiyet ve kronik hastalığa göre düzeltilmiş yatarak tanı ve tedavi görme riskleri benzerdir. Sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık güvencesi olanlarda son on beş günde sağlık sorunu yaşadığını belirtme 1.58(1.17-2.13); son on beş günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma 2.57(1.75-3.78) ve son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görme 3.37(2.11-5.40) kat daha fazladır. Sağlık hizmetine ulaşmada işsizler ve sağlık güvencesi bulunmayanlar aleyhine eşitsizlikler olduğu görülmektedir. Kısa dönemde toplumun tümünü kapsayacak bir sağlık güvencesi sisteminin geliştirilmesi önerilebilir

Anahtar sözcükler: Sosyal sınıf, sağlık sigortası, tedavi hizmetleri, eşitsizlik

**AB DESTEKLİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞI PROJESİ: YAŞAMAYI SEVİYORUM,
KİMSEYİ AĞLATMIYORUM...**

*Dilek ÖZMEN**, *Aynur Ç. ÇETİNKAYA**, *Seval CAMBAZ ULAŞ**, *Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI**,
*H.Hayri TOKMAKÇI***

**Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu*

*** Manisa Gençlik Spor İl Müdürlüğü*

Amaç: Trafik kazaları ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olup, özellikle motosikletlerin karıştığı kazaların yaralanmalı ve ölümlü olma olasılığı daha da yüksektir. Motosiklet kazalarında kask takmayan sürücülerin kaza sırasında çarpma ve düşmenin etkisi ile kafa bölgelerine aldıkları darbeler sürücülerin ciddi şekilde yaralanmalarına hatta ölümlerine neden olmaktadır. Projede Manisa İl Emniyet Müdürlüğü Trafik Tescil ve Denetleme Şube Müdürlüğü işbirliği ile Manisa ilinde motosiklet kullanan gençlerin verilecek sistemli eğitim sonrasında kask kullanma konusunda istekli olmaları ve kask kullanmaya başlamalarına yönelik sağlığı geliştirme davranışını kazanmalarına yardımcı olmak amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Sağlığı geliştirme davranışları edindirmeyi amaçlayan bu proje 01 Eylül 2008-30 Temmuz 2009 tarihleri arasında Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı Gençlik Projeleri tarafından Eylem 1.2 Gençlik Girişimleri projesi olarak kabul edilmiştir. Proje, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Gençlik Proje Grubunda (CEHGE) yer alan 11 gençlik çalışanından oluşan ekip tarafından yürütülmüştür. Proje kapsamında 10 ay süresince yerel destekçi kuruluşlardan da yardım alarak eğitimlere katılmaları sağlanan gönüllü 18-30 yaş arasındaki gençlere konu ile ilgili 8 saatlik eğitim verilmiş ve 150 kişilik çekirdek grup oluşturulana kadar eğitimler tekrarlanmıştır. Çekirdek gruptaki her bireyden de akran eğitimi ile 5 kişiyi eğiterek, projenin bitimine kadar 900 gencin konuyla ilgili eğitim alması sağlanmıştır. Proje çerçevesinde konu ile ilgili hazırlanan broşürler kavşaklarda trafik polisleri ile birlikte kask takmayan motosiklet sürücülerine dağıtılmıştır. Ayrıca proje ekibi tarafından hazırlanan kısa bir filmde konu ile ilgili duyarlılık oluşturulmada kullanılmıştır. Eğitim programlarına ilgiyi arttırmak amacıyla proje çerçevesi içinde eğitim alan gençler arasında kura ile belirlenen gençlere sponsor firmalar aracılığı ile kask hediye edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak bu projede hedeflenen etkinlikler gerçekleştirilmiştir. Fakat bilindiği gibi davranış değişikliklerini gözlemleyebilmek için uzun süreye gereksinim vardır. Bu nedenle eğitim almış motosiklet kullanıcılarında eğitim sonrasında olabilecek olumlu davranış değişiklikleri ise yapılacak izlemler ile değerlendirilebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı Geliştirme, Kask, Motosiklet.

MANİSA'DA ÜÇ FARKLI YERLEŞİM ÖZELLİĞİNE SAHİP İLKÖĞRETİM OKULUNUN 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BÜYÜME, GELİŞME DURUMU VE BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİ

*Beyhan ÖZYURT**, *Dilek ÖZMEN***, *Aynur ÇETİNKAYA***, *Elif ÖZCAN****, *Cansel ORAL****, *Zühal ÇÖLLÜ*****, *Tuncay ÖZER*****

**Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

***Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu*

**** Manisa İl Sağlık Müdürlüğü*

*****Manisa Moris Şinasi Milletlerarası Çocuk Hastanesi*

Amaç: Bu çalışmada Manisa'da "Sağlıklı Besleniyorum, Egzersiz Yapıyorum" Projesi (SABEYAP)'nin yürütüldüğü 3 farklı yerleşim özelliğine sahip ilköğretim okullarının 4. sınıf öğrencilerinin büyüme gelişme durumlarını değerlendirmek, beslenme konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek ve okul yerleşim özelliğine göre öğrencilerin büyüme gelişme durumlarıyla bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları açıklamak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma kentsel, gecekondü ve kırsal (taşınmalı eğitim) yerleşim özelliğine sahip üç okulun 4. sınıf öğrencileri üzerinde Mayıs 2009'da yürütülmüş kesitsel bir araştırmadır. Sağlıklı Besleniyorum, Egzersiz Yapıyorum" Projesi (SABEYAP) çerçevesinde seçilen 3 okuldaki 4. sınıfa devam eden toplam 613 öğrencinin tamamı çalışma kapsamına alınmıştır (n=613). Araştırmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığıyla öğrencilerin sınıflarında gözetim altında anket tekniği aracılığıyla toplanmıştır. Beslenme bilgi düzeylerini ölçmek için 12 soru sorulmuş ve doğru yanıtlar 1 puan, yanlış yanıtlar 0 puan olarak hesaplanarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin boyları ayakkabısız, duvara dayalı olarak 1 mm. ye kadar hassas mezüre aracılığıyla, kiloları ise 100 gr'a kadar hassas dijital tartılarla ölçülerek kaydedilmiştir. Boy ve kilo verileri CDC/ NHANES göre düzenlenmiş percentil tablolarına göre değerlendirilmiştir. Yaşa göre ağırlığı 5 percentil altında olanlar zayıf, yaşa göre boyu 5 percentil altında olanlar bodur ve yaşa göre vücut kitle indeksi 85 percentil ve üstü olanlar kilolu-obez olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan çocukların %4.4'ü zayıf, %8.6'sı bodur ve %20.5' i kilolu-obez olarak bulunmuştur. Kentsel bölge yerleşimli okula devam eden öğrencilerde kilolu-obez olma oranları gecekondü ve kırsal yerleşimli okullara göre daha yüksekken, gecekondü yerleşimli okula devam edenlerde ise bodur olma daha yüksek saptanmıştır. Zayıflık ise en fazla kırsal yerleşim özellikli okula devam eden öğrencilerde bulunmuştur (p<0.05). Öğrencilerin beslenme konusundaki bilgi durumlarına bakıldığında kentsel yerleşimli okuldaki öğrencilerin doğru cevap sayısı ortalama 8.00±2.07, kırsal yerleşimli okulda 6.96±1.98, ve gecekondü yerleşimli okulda ise 5.51±2.11 olarak bulunmuştur. Kilolu-obes çocukların bilgi puanlarının normal veya zayıf çocuklardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05). Yeterli ve dengeli bir öğünde bulunması gereken yiyecekler en fazla bilinen konu iken, beslenme piramidi en az bilinen konu olarak saptanmıştır.

Sonuç: Üç farklı yerleşim özelliğindeki okullara devam eden öğrenciler arasında beslenme bilgi düzeyleri ve beslenme durumları açısından ciddi farklılıklar olduğu saptanmıştır. Kentsel bölge yerleşimli okullarda obezitenin, gecekondü ve kırsal yerleşimli okullarda ise yetersiz beslenmeye bağlı zayıflık ve bodurluğun önemli düzeylerde olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Okul sağlığı, Beslenme, Büyüme-gelişme.

İKİNCİ BAHARINI YAŞAYANLAR DİNLENME VE SOHBET EVİ

Erdal BEŞER¹, Didem EVÇİ¹, Fatma DEMİRKIRAN², Pınar OKYAY¹, Ruken Akar VURAL³, Sakine MEMİŞ², Filiz ERGİN¹, Mete ÖNDE¹, M. Ali BİLGİN¹, Nermin ŞENTÜRK⁴

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

²Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

³Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

İletişim: meteonde@yahoo.com.tr

Amaç: Bu çalışmanın amacı, eğitim ve sosyal hizmetler yoluyla yaşlıların yaşlanmaya uyumunun sağlanması, yaşlılık dönemi sorunları ile ilgili farkındalıklarının artırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Adnan Menderes Üniversitesi(ADÜ) Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı koordinatörlüğünde 2006-2007 yılları arasında "Sağlıklı Yaşlanma ve Yaşlılarda Üreme Sağlığı İçin Sosyal Destek Modeli" adlı proje yürütülmüştür. Türkiye ve benzer gelişmekte olan ülkelerde yaşlılara hizmet verecek sosyal destek modellerinin oluşturulması amacı güden projenin önemli çıktılarında birisi de "İkinci Baharını Yaşayanlar Dinlenme ve Sohbet Evi" olmuştur.

Burada yapılan etkinliklerde yaşlılar üç gruba ayrılarak haftanın belirli günlerinde ADÜ Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu tarafından pasif spor ve meditasyon, ADÜ Eğitim Fakültesi tarafından resim, seramik, drama çalışmaları ve ADÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve ADÜ Sağlık Yüksekokulu tarafından yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili eğitimler şeklinde etkinlikler planlanmıştır. Etkinliklere katılacak yaşlılar, daha önce yürütülmüş olan projenin müdahale grubunda yer alan kişilerden seçilmiş ve Aydın Belediyesinin temin ettiği servis araçları ile evlerinden alınarak katılımları sağlanmıştır. Bu etkinlikler geçtiğimiz eğitim ve öğretim yılının mart-mayıs döneminde yapılmış olup, yeni eğitim-öğretim döneminde ekim-mayıs dönemi için ve toplam 20 hafta olacak şekilde planlama yapılmıştır.

Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulunun eğitim vereceği yaşlı grubu için, ADÜ Sosyal Tesisler ve Konukevi'nde eğitici eğitimleri gerçekleştirilmiştir. Eğitim konuları öğretim üyeleri tarafından belirlenmiş, yaşlılıkta psikososyal gereksinimler, ilaç kullanımı ve bağıışıklama, yaşlıda günlük yaşam aktiviteleri, ağız bakımı, beslenme ve diyet, sokakta yaşam ve güvenlik, evde yaşam ve güvenlik konularında Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu son sınıfı öğrencilerine verilmiştir. Daha sonra eğiticiler öğretim üyeleri danışmanlığında yaşlılara yönelik görsel ve işitsel araçlar kullanarak bu konularda sunumlar düzenlemiştir.

Bulgular: Tıp fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencileri tarafından pazartesi günleri saat 10.30-12.00 arasında İkinci Baharını Yaşayanlar Dinlenme ve Sohbet Evi'nde yaşlılara yönelik olarak, Halk Sağlığı ve Sağlık Yüksekokulu öğretim üyeleri danışmanlığında düzenlenen sunumlar, mart-mayıs döneminde altı seans halinde yapılmış ve toplam katılımcı sayısı 56 olmuştur. Salı ve Perşembe günleri saat 12.00-13.30 arasında ADÜ Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu tarafından 10-15 kişilik bir yaşlı grubuna, toplam 12 seans halinde pasif spor ve meditasyon uygulaması yapılmıştır. ADÜ Eğitim Fakültesi tarafından her hafta Çarşamba günü saat 12.00-13.30 arasında yapılması planlanan resim, seramik ve drama çalışmalarında ise yaşlılarla tanışma ve yapılacak aktivitelerin tanıtımı gerçekleştirilmiş olup aktif çalışmalara yeni eğitim-öğretim yılında başlanması uygun görülmüştür.

Sonuç: Türkiye nüfusu, dünya nüfusuna paralel olarak hızla yaşlanmaktadır. Nüfus yaşlanırken sağlık politikaları da bu değişime paralel değişimler göstermek zorundadır. Yaşlı nüfusun topluma sağlıklı ve güvenli katılımını sağlamak için yapılan çalışmalara ağırlık verilmeli, bu konuda yeni politikalar üretilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, sosyal destek, yaşlı eğitimi.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NİN GÖREVLERİNİ YERİNE GETİRMEDEKİ YETERLİLİĞİNİN HEKİMLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

*B. Tibet**, *M. Rjab**, *A. Özboduç**, *G. Türk**, *M. Zengin**, *H. Şimşek***, *B. Ünal***

** İnt.Dr., Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak. ** Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.*

Amaç: Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)'nin ilgili yönetmelikte belirtilen görevlerini yerine getirmedeki yeterliliğinin ve aksayan yönlerin TSM'lerde çalışan hekimler tarafından değerlendirilmesidir.

Gereç - Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ile öğrenci eğitimi konusunda işbirliği yapan Sağlık Grup Başkanlıkları'na (SGB) bağlı 6 TSM'de görevli 53 hekim oluşturmaktadır. Örnek seçilmeyip tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmada hekimlerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri; yönetmeliği okuma ve anlaşılır bulma durumu ile yönetmelikteki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), çevre sağlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve mücadele, okul sağlığı, iş sağlığı ve iş güvenliği, sağlık eğitimi hizmetlerinin yeterli bulunma durumu incelenmiştir. Yeterlilik hekimlerin algısına göre yeterli/yeterli değil olarak belirlenmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hekimlerin 17'sinin geçici görevde, 9'unun izinli/görevli olması, 3'ünün reddetmesi nedeniyle 24 hekime ulaşılmıştır (%45.3).

Bulgular: Görüşülen hekimlerin %54.2'si kadın, ortalama yaşı 43.5±3.8 (35.0-50.0), ortalama hekimlik yapma süresi 18.3±4.4 (10.0-25.0) yıl, TSM'de ortalama görev yapma süresi 2.1±0.5 (0.8-3.5) yıldır. Hekimlerin hepsinin daha önce sağlık ocağında çalıştıkları, pratisyen hekim oldukları belirlenmiştir. Hekimlerin %66.7'si yönetmeliği okuduğunu, yönetmeliği okuyanların %37.5'i yönetmeliği net ve anlaşılır bulduğunu belirtmiştir. Yalnızca 1 hekim TSM'nin işleyişine ilişkin eğitim aldığını belirtmiştir. Çevre sağlığı hizmetlerinde en yeterli bulunan su kaynaklarının klor ölçümlerinin ve analizlerinin yapılması (%95.8), en az yeterli bulunan sıvı ya da gaz atıklara ilişkin görevlerdir (%37.5). Bulaşıcı ve kronik hastalıklara ilişkin görevlerde en yeterli bulunan kayıt ve bildirimlerin yapılması (%100.0), en az yeterli bulunan tanı konan olguların aile hekimleri ile birlikte değerlendirilmesidir (%45.8). ASM'lere ilişkin görevlerde en yeterli bulunanlar aşı ve üreme sağlığı malzemelerinin sağlanması (%100.0), aşılama ve izlem gibi hizmetlerin değerlendirmesi (%100.0), en az yeterli bulunan ise ASM'lerin sevk işlemlerinin izlenmesi ve ikinci basamak sağlık kurumlarından geri bildirimlerin sağlanmasıdır (%20.8). Okul sağlığı hizmetlerinde en yeterli bulunan kurumların çevre sağlığı açısından değerlendirilmesi (%91.7), en az yeterli bulunan kurumların genel hijyen ve sağlık açısından izlemlerinin sağlanmasıdır (%75.0). İş sağlığı hizmetlerinde yeterlilik iki soru ile belirlenmiştir. Bunlardan işyerlerinde kaza önleme çalışmalarına ilişkin bilgi almak ve kayıt tutmaktaki yeterlilik %33.3, işyerlerinde oluşabilecek tehlike durumlarının kayıtlarını tutup önlemeye ilişkin işbirliği yapmaktaki yeterlilik %37.5 olarak saptanmıştır. Sağlık eğitiminde topluma yönelik eğitim ihtiyacını belirlemek ve yapılmasını sağlamaktaki yeterlilik ise %79.2'dir. Yetersizlik nedenleri çalışanların geçici görevler nedeniyle eksikliği, yasanın düzenlenmesinde ve uygulanmasındaki eksiklikler, birden fazla kuruma farklı mevzuatlarla aynı yetkilerin verilmiş olması, eğitim, denetim ve yaptırım eksikliği, ASM'lerde öncelikli olarak poliklinik hizmeti verilmesi ve ASM'lerdeki kayıt ve verinin düzgün ve yeterli olmaması olarak belirtilmiştir.

Sonuç: Çalışma, sağlık sisteminin topluma yönelik uygulayıcısı konumundaki hekimlerin deneyimleri doğrultusunda, "Sağlıkta Dönüşüm" adı altında değişen sağlık hizmetleri sunumunun, "topluma yönelik sağlık hizmetleri" açısından, sebep ne olursa olsun, bazı yetersizlikler içerdiği düşüncesinde olduklarını göstermektedir. Çalışmanın yalnızca 6 TSM'yi içermesi, hekimlerin büyük bir bölümüne geçici görevde ya da izinli olmaları nedeniyle ulaşılamaması ve yeterliliğin TSM'lerde çalışan hekimlerin görüşleri üzerinden belirlenmesi çalışmanın başlıca kısıtlılıklarıdır. TSM ve ASM'ler üzerinden sunulan topluma yönelik sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği çok daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi, Yönetmelik

MANİSA İLİNDE 2008 YILINDA MEYDANA GELEN BEBEK ÖLÜMLERİ VE ÖLÜ DOĞUMLAR

Gonca ATASOYLU¹, Ertan ÖZMEN², Mine BAYIK³, Ayşe KOPARAN⁴, Kerime ÜLKER⁴, Ziya TAY⁵
Manisa Sağlık Müdürlüğü¹ Uz.Dr., Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü,² Dr., Sağlık Müdür Yardımcısı,³ Dr., Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürü,⁴ Ebe, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şubesi,⁵ Dr., Sağlık Müdürü

Amaç: Manisa ilinde 2008 yılında meydana gelen bebek ölümleri ve ölü doğumların tanımlayıcı özellikleri, nedenleri ile risk faktörlerini saptamaktır.

Gereç-yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, 2009 yılının Temmuz ayında Manisa Sağlık Müdürlüğü çalışanlarınca gerçekleştirilmiştir. Çalışmada AÇSAP Şubesi tarafından toplanan Bebek Ölümleri Bildirim Sistemi Formları kullanılmıştır. Bebek ölüm hızı (BÖH) ve ölü doğum hızının (ÖDH) hesaplanmasında Form 023, 2008 TÜİK nüfus verisi ile Sağlık Bakanlığı'nın hedef nüfus verisinden yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, yüzdeler ve aritmetik ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 11.5 programı yardımıyla yapılmıştır.

Bulgular: Manisa ilinde 2008 yılında 228 bebek ölümü, 216 ölü doğum gerçekleştiği belirlenmiştir. Manisa İli için, Form 023 kayıtlarına göre 2008 yılında BÖH binde 13,6; ÖDH binde 12,7'dir. BÖH, canlı doğum sayısı için TÜİK verisi esas alındığında binde 12,6; Bakanlık hedef nüfusu esas alındığında binde 11,1 bulunmuştur.

Ölen bebeklerin %62,7'si; ölü doğumların % 53,2'si erkektir.

Bebek ölümlerinin %56,1'i; ölü doğumların %91,2'si Manisa'da gerçekleşmiştir. İl dışındaki bebek ölümlerinin %91,0'i İzmir'de meydana gelmiştir.

Bebek ölümlerinin %79,4'ü, ölü doğumların %98,6'sı sağlık kurumunda meydana gelmiştir. Bebek ölümlerinin %16,7'si evde, %3,5'i yolda; ölü doğumların ise %1,4'ü evde gerçekleşmiştir. Bebek ölümleri en fazla %30,7 ile ilkbahar; ölü doğumlar %27,8 ile yaz mevsiminde görülmüştür.

2008 yılı için tüm doğumlarda sezaryen oranı ise %49,7'dir. Bu oran ölen bebeklerde %44,7; ölü doğumlarda ise %25,0'tir. Ölen bebeklerin %98,7'sinin doğumu sağlık kurumunda ve sağlık personeli yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Ölü doğumlarda ise bu oranlar sırasıyla % 97,7 ve %98,2'dir.

Ölen bebeklerin %50,0'sinde; ölü doğumların %72,2'sinde preterm doğum; ölen bebeklerin %49,6'sında, ölü doğumların %63,9'unda düşük doğum ağırlığı öyküsü bulunmaktadır. Riskli gebelik yaşı öyküsü (19-34 yaş dışında) bulunma oranı, ölen bebeklerin annelerinde %18,4; ölü doğum yapan kadınlarda %22,7'dir. Riskli gebelik sayısı öyküsü (4 ve üzeri) bulunma oranı, ölen bebeklerin annelerinde %21,5; ölü doğum yapan kadınlarda %19,9 bulunmuştur.

Bebek ölümlerinin %65,4'ü yenidoğan dönemine aittir. Bebek ölümlerinin başlıca nedenleri incelendiğinde %32,6'sının prematürite (n=79), %22,3'ünün konjenital anomaliler (n=54), %10,7'sinin sepsis (n=26), %8,7'sinin perinatal asfiksi, %6,6'sının konjenital kalp hastalığı olduğu görülmüştür. Dönemlere göre en sık ölüm nedenleri ise, yenidoğan dönemde %38,9 ile prematürite; yenidoğan sonrası %22,8 ile anomalilerdir. Ölü doğumların %31,5'i taze ölü doğumdur (Bebeklerde doğum eylemi sırasında veya hemen öncesinde gerçekleşen ölümlerdir).

Sonuç: TNSA verisine göre BÖH düşük, ÖDH karşılaştırılabilir düzeydedir. BÖH'ün düşük olmasının Manisa'nın genel gelişmişlik düzeyi; iklim ve coğrafi özellikleri; kurum ve personel sayısı bakımından sağlık hizmet sunumunun ülke genelinden daha iyi konumda olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. ÖDH'nin görece yüksek oluşu ise doğumların hemen tümünün hastanede gerçekleştirilmesi ve ölü doğumların kaydedilmesine bağlanmıştır.

Bebek ölümlerinin %43,9'u Manisa dışında, hemen tümü İzmir'de gerçekleşmiştir. Bu durumun Manisa'da yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayıca kısıtlılığı ve Ege Bölgesine hizmet veren 2. ve 3. basamak hastanelerin yakında bulunmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bebek ölümleri ve ölü doğumların birinci basamakta saptanarak nedenlerinin incelenmesi önemlidir. Bebek ölümleri ve ölü doğumların önlenmesinde, son trimester, doğum eylemi ve prematüriteye ilişkin sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yaklaşımların önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bebek ölümlerinin üçte birinin büyük ölçüde önlenebilir kabul edilen yenidoğan sonrası dönemde; beşte birinin sağlık kurumu dışında gerçekleştiği belirlenmiş olup ciddi hastalık belirtilerinin erken tanınması ve sağlık kurumuna başvuru konusunda ailelerin bilgilendirilmesi öncelikli müdahale alanları olarak değerlendirilmektedir. Anomalileri azaltmaya yönelik ise, çiftlere gebelik öncesi danışmanlık verilerek risk saptanması durumunda prenatal tanı merkezlerine yönlendirmenin gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bebek ölümü, ölü doğum, ölüm nedeni, birinci basamak sağlık hizmeti, bildirim

MERSİN İLİNDE 2004 - 2008 YILLARINDAKİ VEREM SAVAŞI DISPANSERİ KAYITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

A. Öner KURT^a, Tayyar ŞAŞMAZ^b, Resul BUĞDAYCI^b, Seva ÖNER^a, Gülçin YAPICI^a, Özdemir ÖZDEMİR^c

^aYrd.Doç.Dr., MEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bDoç.Dr., MEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^cDr., Mersin VSD Başhekimi

Amaç: Araştırmamızda, Mersin ilinde son beş yıllık tüberküloz vakalarının değerlendirilmesi ve tüberküloz hastalığı insidansının hesaplanması amaçlandı.

Gereç Yöntem: Retrospektif kohort tipinde planlanan bu çalışma, Temmuz-Ağustos 2009 tarihlerinde Mersin'de yapıldı. Veri kaynağı olarak, Mersin İl Merkezinde hizmet veren bir ve ilçelerdeki üç verem savaşı dispanserinin 2004 - 2008 yılına ait kayıtları kullanıldı. Kayıtlardan elde edilen 1846 başvuru bilgisayara girildi. Başvurulardan 53'ü sonradan tüberküloz dışı başka bir tanı aldığı için çalışma dışında tutuldu. On yedi başvuru aynı yıl içinde Mersin'de nakil nedeniyle iki ayrı verem savaşı dispanserine kaydedildiğinden, nakil gittiği dispanser kaydı çalışma dışında tutuldu. Sonuçta 1776 başvuru analize dahil edildi. Tedavi başarısızlığı ve tedaviyi terkten dönen vakalarla, nüks, kronik hastalar ve dışarıdan nakil gelen 173 başvuru insidans analizi dışında tutuldu. İnsidans hesaplaması 1603 yeni vaka üzerinden yapıldı. Verinin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Bulgular: Mersin'de 2004-2008 yılları arasında 1184'ü (%66.7) erkek, 592'si (%33.3) kadın olmak üzere toplam 1776 kişinin tüberküloz nedeniyle dispanser kayıtlarına alındığı tespit edildi. Başvuruların 355'inin (%20.0) 2004, 389'unun (%21.9) 2005, 398'inin (%22.4) 2006, 321'inin (%18.1) 2007 ve 313'ünün de (%17.6) 2008 yılında olduğu saptandı. Toplam vakalar içinde yıllara göre akciğer tüberkülozu oranının sırasıyla; %74.6, %76.1, %79.1, %75.1, %74.4 ve yayma pozitif vaka oranının ise %43.4, %44.5, %65.6, %57.3 ve %48.6 olduğu saptandı. Tamamen ya da kısmen doğrudan gözetim altında tüberküloz tedavisi alma oranı yıllara göre sırasıyla; %0.0, %0.3, %29.1, %85.4, %94.2 ve kür oranı sırasıyla %50.6, %42.7, %67.4, %65.7 ve %67.1'di. Tüberkülozlu hastalar içinde yeni vaka oranının 2004'de %93.0, 2005'de %94.1, 2006'da %88.4, 2007'de %87.2 ve 2008'de de %87.9 olduğu saptandı. Yeni vakaların yıllara göre sırasıyla yaş ortalaması 34.3±16.2, 36.4±17.2, 36.6±17.8, 38.0±16.7 ve 39.5±17.5 yıldı. Mersin'de tüberküloz insidansı yıllara göre sırasıyla yüzbinde 21.7, 17.1, 22.3, 17.4 ve 17.6 olarak hesaplandı. Tüberküloz insidansı erkeklerde yıllara göre sırasıyla yüzbinde 29.4, 32.4, 29.2, 22.0 ve 23.1 iken, kadınlarda yüzbinde 13.9, 14.6, 15.2, 12.8 ve 12.1 idi.

Sonuç: Son beş yılda Mersin'de doğrudan gözlem altında tedavi ve kür oranının arttığı, yeni vakaların yaş ortalamasının yükseldiği, tüberküloz insidansının düştüğü ve tüberküloz insidansının erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, insidans, verem savaşı dispanseri, kayıt

BALIKESİR İBRAHİM BODUR ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİNE DEVAM EDEN ÇIRAKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÇALIŞMA KOŞULLARININ İNCELENMESİ

Nuriye KARADAĞ¹, Selda YÖRÜK¹, Ferda ÖZBAŞARAN², Kezban YİYİT³, Mukadder GÜN⁴

¹Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör.

²Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Prof.Dr.

³Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik 4.sınıf Öğr.

⁴Ankara Lojistik Komutanlığı Sağlık İkmal ve Bakım Şb., Uzm.Sağ.Bnb.

Amaç: Çocuk işçiliği, tüm dünyada büyük bir sorun olup, çocukların çalışma yoluyla istismarı, günümüzde çocuk istismarının en yaygın şeklidir. Bu konudaki sorunların çözümü için çocuk işçilerle ilgili sorunların tanımlanması önem taşımaktadır. Bu çalışma, Balıkesir İbrahim Bodur Çıraklık Eğitim Merkezi'nde (ÇEM) okuyan ve çalışan çırakların bazı genel özelliklerinin ve çalışma koşullarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup 4 Kasım-31 Aralık 2007 tarihlerinde yapılmıştır. Örneklem seçimi yapılmamış, İbrahim Bodur ÇEM'nde okuyan öğrencilerin tümü araştırma kapsamına alınmış, haftanın bir günü öğrenim gören ve diğer günlerde de bir işyerinde çalışan 398 "aday çırak" ve "çırak"a ulaşılmıştır. Araştırma kapsamına alınan gençlere araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo demografik özelliklere, çalışma yaşamı ve çalışma koşullarına yönelik soruları içeren anket formu uygulandı. Uygulama öncesi İl Millî Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin, çıraklardan sözlü onam alındı ve anket formları okul idaresinden izin alınarak derslerin son 5 dakikasında gözlem altında uygulandı. Toplanan veriler SPSS istatistik programında frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırma grubuna alınanların yaş ortalaması 16.9±1.3[13-20] olup, öğrencilerin %51.0'i ortaokul mezunudur. %6.8'i 15 yaşın altında işe başladığını belirtirken ortalama çalışma süreleri 2.1±0.8[1-4] yıldır. Meslek dallarına ilişkin dağılıma bakıldığında en sık çalışılan işyerinin (%36.9) berber-kuafor olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %35.7'sinin günde 12 saat veya daha fazla çalıştığı, %18.5'inin işyeri sahibiyle yakınlığının olduğu, %48.5'inin aldığı ücreti yetersiz bulduğu, %29.9'unun kazandığı paranın önemli bir bölümünü ailesine verdiği saptanmıştır. Öğrencilerin %98.6'sının sigortalı olarak çalıştığı saptanmıştır. Cumartesi tam gün çalışanların oranı %93.0 olup, yıllık izin kullananların oranı %33.7'dir. ÇEM'ne devam nedenleri sorgulandığında en sık verilen yanıtın "işle ilgili belgeye sahip olma (%57.3)" olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve öneriler: Balıkesir'de çırak olarak çalışanların yasal düzenlemelere rağmen yaş, çalışma süreleri, ücret, izin konularında istismar edildikleri bulunmuştur. Bu konuda denetimlerin artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Çıraklar, Çalışma Koşulları, Çocuk İşçiliği.

MUĞLA MERKEZE BAĞLI BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞIRKEN MARUZ KALDIKLARI PSİKOLOJİK ŞİDDETİN (MOBBİNG) İNCELENMESİ

*Metin PİÇAKÇİEFE, **Gülcihan ACAR, **Zehra ÇOLAK, **İbrahim KILIÇ

*: Yrd.Doç.Dr., Muğla Üniversitesi MSYO

**; Hemşirelik bölümü mezunu, Muğla Üniversitesi MSYO

metinpacakciefe@mu.edu.tr

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Muğla merkeze bağlı birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ve çalışma koşulları ile çalışırken maruz kaldıkları psikolojik şiddet(mobbing) arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Muğla merkeze bağlı birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarında kesitsel analitik tipte bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın evreni Muğla merkeze bağlı birinci basamakta çalışan 130 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örnek seçilmemiştir. Bu evrenden 119(% 91.5) sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Araştırmada araştırmacıların kendilerinin geliştirdiği sosyo-demografik özellikler ve çalışma koşulları ile ilgili değişkenlerle birlikte Leyman'ın Mobbing Tipolojisinden seçilen değişkenlerden oluşturulan anket formu kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %83.2'si kadın, %59.2'si 31-40 yaş grubunda, %52.1'i önlisans mezunu, %95.4'ü evlidir. Çalışanların meslek durumuna bakıldığında çoğunluğu %42.9'u ebe, %27.7'si hemşire, %14.3'ü hekim, %5.9'u memur, %5.0'ı sağlık memuru, %3.4'ü laborant, %0.8'i diş hekimi olduğu bulunmuştur. Çalışanların %50.5'i mesleğini 11-20 yıl arasında yapmaktadır. Sağlık çalışanlarının %31.1'i son bir yılda "mobbing"e maruz kalmış ve %48.6'sının maruz kalma sıklığı 1-3 kezdir. Çalışanlara psikolojik şiddet uygulayanların %70.3'ü üst düzeydeki sağlık çalışanı ve psikolojik şiddet uygulayanların %56.8'i erkektir. Çalışanların karşılaştıkları mobbing türlerine bakıldığında %54.1'i üstlerinin kendilerini ifade etmesine izin vermediklerini, %40.5'i kendisine yetkinliği olmayan konularda işler verildiğini, %49.5' i iş yerinde kendisine yüksek sesle bağırıldığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanların maruz kaldıkları mobbing sonrasında tutum ve davranışlarına bakıldığında %64.9'unun işe yoğunlaşamadığı, %50'sinin adli birimlere şikayet ettiği, % 43.2'sinin maruz kalınan mobbing karşısında hiçbir şey yapmadığı, %37.8'inin iş doyumsuzluğu yaşadığı bulunmuştur. Çalışanların şikayette bulunduktan sonra çoğunlukla (%66.6) kurum tarafından önlem alınmadığı bulunmuştur. Yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu, görev yaptığı kurum, meslek, eve giren aylık ortalama gelir, toplam çalışma süresi ve günlük çalışma süresi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışırken "mobbing"e maruz kalma bekar sağlık çalışanlarında %75.0 sıklıkta iken evli sağlık çalışanlarında %28.9 dul/boşanmış sağlık çalışanlarında %100.0 ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Pearson Ki-kare p: 0.048).

Sonuç: Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde "mobbing"e maruz kaldığı sonucu bulunmuştur. "Mobbing"i önlemek için tüm çalışanların görev yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde belirlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Psikolojik şiddet(Mobbing), Birinci basamak sağlık çalışanları

BAZI AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMA BİRİMLERİNDE BİRİNCİ BASAMAK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (BDÖ) (PRIMARY CARE ASSESSMENT SURVEY) İLE SAĞLIK HİZMET ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tülay Lağarlı¹, Erhan Eser¹, İntern Hekimler²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

² Mustafa Akdeniz, Bahar Aydoğdu, Ümit Baklaya, Canan Fırat, Adnan Saatçioğlu, Burak Sönmez, Eylül Taneri, Seval Tıgılı, Koray Topçu, Başak Yıldız, Nurcan Yılmaz, Hülya Yorgun

Amaç: Birinci Basamak Değerlendirme ölçeği (BDÖ) (PCAS=Primary Care Assessment Survey) uygulanarak bazı Aile Sağlığı Birim'lerinde verilen 1.basamak sağlık hizmetinin temel özelliklerini değerlendirmek ve ölçmektir

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, BDÖ (PCAS) Türkçe sürümü kullanılarak, (2)iki ASM bölgesindeki 6 ASB bölgesinden elde edilen birinci basamak özelliklerini gerçekleştirme başarısının nedenselliğini ortaya koymayı amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Kanada'da Safran tarafından 1998 yılında geliştirilen BDÖ'nin Türkçe sürümünün psikometrik değerlendirmesi diğer bir bildiriye sunulmuştur. Ölçek, yapısal (ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm) ve işlevsel (hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve güveni) olarak sınıflanan 7 boyuttan oluşan 51 soruyu içermektedir. Ölçekte bazı alt boyutlarda dönüştürme yapıldıktan sonra puanlar pozitif yönelimlidir. Bu araştırmanın evrenini Manisa merkez ilçeye bağlı 6(altı) ASB'ne kayıtlı bireyler oluşturmaktadır (n=18000). Örnek büyüklüğü olarak, 312 haneye ulaşılmış hedeflenmiştir. Araştırmaya katılım oranı (279/312) %89. dur. Ulaşılan hanelerde 381 kişinin verisi elde edilmiştir. Anketler küme örnekleme yöntemiyle seçilen hanelerde yüz yüze uygulanmıştır. Parametrik dağılımlarda student's t testi ve ANOVA; non-parametrik dağılımlarda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Örneğin yaş ortalaması 41.2± 13.9 dur (min-maks 18-77)Araştırma kapsamındaki kişilerin %86.4'ü kadındır. Örneğin % 10.0'u eğitimsizdir.%17.0'ını ise sosyal güvencesi olmayanlar oluşturmaktadır. Ölçek boyut puanları boyutlara göre: ulaşılabilirlik 53,56±17,41 ; süreklilik 74,01±11,95 ; kapsayıcılık 49,04±20,51; eşgüdüm 43,13±43,3 ; hizmet memnuniyeti 70,01±13,57; hekimin kişisel yakınlığı 71,94±17,41 ve güven : 71,95±11,96 'dır. Ayrıca bu son 3 işlevsel boyutun skorları tek bir skorda toplanarak oluşturulan hasta-hekim ilişkisi skoru 71,30 ±12,28 'dir. Yapısal 4 boyut değerlendirildiğinde en başarılı özelliğin süreklilik olduğu, ulaşılabilirlik , kapsayıcılık ve eşgüdüm skorunun oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu ölçeğin kullanıldığı az sayıdaki ABD kaynaklı çalışmalarla karşılaştırıldığında özellikle yapısal boyutlarda bu çalışmada daha düşük skorlara ulaşıldığı dikkati çekmektedir.

BDÖ boyut skorlarının bağımlı değişken olarak alındığı tek değişkenli ön analizler sonucunda:

Ulaşılabilirliğin, ailede 5yaş çocuk varlığında, ailede kişi sayısı 4 ve üzeri olanlarda,sosyal güvencesi olanlarda, şebeke suyu kullananlarda daha iyi olduğu(p<0.05); Sürekliliğin: yaş arttıkça, kadınlarda,eğitimsiz ve ailede kronik hastalık varlığında daha iyi olduğu (p<0.05); Kapsayıcılığın, yaş arttıkça,bölgede oturma süresi 10 yıl ve üzeri olanlarda aileden bir kişide sakatlık olanlarda,ailede kronik hastalık olmayanlarda daha iyi olduğu (p<0.05); Hizmet memnuniyetinin, tuvalet evin içinde ise ,oturma süresi 10 yılın üzerinde olanlarda, aile bireyleri aynı hekime kayıt olanlarda daha iyi olduğu (p<0.05); Hekimin kişisel yakınlığı boyutunun: oturma süresi 10 yıl üzeri olanlarda daha iyi olduğu (p<0.05); ve Güven boyutunun, daha yaşlılarda, işsizlerde, aile bireyleri aynı aile hekimine kayıt olanlarda, ailede sakatlık ve kronik hastalık varlığında daha iyi olduğu (p<0.05) ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Bu araştırmanın iki temel sonucundan birincisi, araştırmanın yapıldığı bölgede BSH özelliklerinin gerçekleştirilmesinde yetersizlik olduğu; ikincisi de hizmetin sosyoekonomik durum açısından risk altındakilere yönelmekten çok sosyal güvencesi olan orta sınıfa yönelik olarak sunulduğudur. Yapılacak çoklu analizler bu sonuçlar konusunda daha kesin bir yargıya varmaya olanak verecektir. Ayrıca araştırmanın yöntemsel kısıtlılıkları, bu sonuçların izleyen araştırmalarla doğrulanmasını gerekli kılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Değerlendirme, Aile hekimliği

KADINLARA YÖNELİK ERKEK ŞİDDETİ VE ŞİDDETLE BAŞA ÇIKMA İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİN SAPTANMASINA YÖNELİK NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

Hülya Köksal*, Neslihan Çağlayan*

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Amaç: Kadına yönelik erkek şiddeti önemli ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Ancak bunu önlemek için öncelikle kadınların bu konudaki düşünce, tutum ve davranışlarını bilmek gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı, farklı sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin kadına yönelik erkek şiddeti konusundaki bilgi, tutum ve davranışları hakkında derinlemesine bilgi edinmektir.

Gereç Yöntem: Niteliksel bir araştırmadır. Çalışmamız Haziran 2009 tarihinde, İstanbul'da bulunan özel bir hastanenin çalışanlarına, Küçükçekmece ve Avcılar'da aynı mahallede oturan kadınlarla yapılmıştır. Grupların özellikleri birbirinden farklı olup aynı grup içerisindeki katılımcıların sosyo ekonomik durumlarının benzer olması dikkate alınmıştır. Katılımcılara 13 sorudan oluşan mini anket formu uygulanmış ve yapılandırılmış odak grup görüşmesi formlarıyla veri toplanmıştır. Her biri 7-8 kişiden oluşan 3 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda aynı görüşler tekrarlanmaya başladığı için görüşmeler sonlandırılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %31.8'i (n=7) 18-30 yaş grubunda, %43.5'i (n=10) 31-50 yaş grubunda ve %22.7'si (n=5) 51-60 yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların çoğu İstanbul dışında doğmuş olup, 12 yaşına kadar doğdukları yerde yaşamışlardır. Medeni durumlarına baktığımızda %90.9'u (n=20) evli ve %73.9'unun (n=17) çocuğu bulunmaktadır. Çocuğu olanların çocuk sayısının ortalaması ise 2.13'tür (%95 GA). Katılımcılar eğitim durumları yönünden değerlendirildiğinde %36.4'ü ilköğretim, %27.3'ü lise mezunu, %13.6'sı üniversite mezunu, %13.6'sı okuma yazma bilmiyor, %4.5'i yüksek okul mezunu ve %4.5'inin okuma yazması yoktur. Katılımcıların %56.5'i ev hanımıyken, %17.4'ü hemşire, %8.7'si sağlık memuru, %4.3'ü acil tıbbi teknisyen ve %8.7'si çocuk bakıcısıdır. Toplumsal cinsiyet ile ilgili genel algı kadının evle ilgili görevlerinin, erkeğin eve para getirmek görevinin olduğu yönündedir. Katılımcılara göre kadın ve erkeğin rolleri toplum tarafından belirlenmiştir özellikle ailenin etkisinin büyük olduğu vurgulanmıştır. Katılımcılar benzer şekilde kadın ve erkek arasında eşitlik olmadığını söylemiş ve kadının erkekten fazla kazanması, eğitim durumunu yüksek olmasının sorun yaratacağını belirtmişlerdir. Katılımcıların şiddet deyince akıllarına ilk gelen fiziksel şiddet olmakla birlikte psikolojik şiddetten de söz eden katılımcılar olmuştur. Özellikle hastanede çalışan katılımcı grup psikolojik şiddetin varlığından söz etmiştir. Ayrıca katılımcıların tamamı şiddeti sorun olarak algılamakta ve haklı görülebilecek şiddet olmadığını düşünmektedirler. Şiddete maruz kalmaları durumunda şiddetle karşılık vereceğini söyleyenlerin yanı sıra tepkisiz kalacağını söyleyen katılımcılar da bulunmaktadır. Benzer şekilde şiddet gören bir kişiye yardım etme konusunda genel eğilimleri tanımadıkları kişiler olduğunda tepkisiz kalacakları yönündedir. Şiddeti önlemek için ne yapılması gerektiği sorulduğunda, yasaların ve eğitimin öneminden bahsetmekle birlikte, yapacak hiçbir şey olmadığını düşünenlerde vardır.

Sonuç : Bu çalışmanın sonucunda farklı sosyo-ekonomik sınıfta ve statüdeki katılımcıların şiddet konusundaki algı, tutum ve davranışlarının benzer olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının varlığı, kadın ve erkeğinin rollerinin toplum tarafından belirlendiği, şiddet görme ve uygulama davranışında kültürden etkilenildiği çalışmanın diğer önemli sonuçlarıdır. Şiddeti önlemek için ise atılması gereken en önemli adım eğitim çalışmalarıdır yine etkili olacağı düşünülen bir başka önlem ise yasaların uygulanabilirliğinin artırılmasıdır.

Anahtar kelimeler: Kadın, Şiddet, Kültür, Aile, Niteliksel

SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN HİPERTANSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRİLMESİ

* Rabia Sohbet, ** Şahin Acar, * Esmâ Zerin Karaboğa,

*Gaziantep Sağlık Yüksekokulu ** Fethiye Sağlık Yüksekokulu

AMAÇ: Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızın evrenini Fethiye Sağlık Yüksekokulu öğrencileri oluşturmaktadır. örneklemimize öğrencilerden rasgele seçilen 132 öğrenciye gözlem altında anket uygulanarak yapılmıştır. Ankette 11 soru sosyo-demografik özellikleri, 17 soru hipertansiyonla ilgili toplam 28 sorudan oluşmaktadır. değerlendirilmesinde SPSS 11.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin %63.6'sı 20-22 yaş arasında olduğu, %56.1'ini bayan olduğu, %46.2'si sağlık memuru, %31.1'i 1.sınıf %21.2'si 2.sınıf %26.5'i 3.sınıf %21.2'sini 4.sınıf öğrenci olduğu, %66.7'sinin gelirin gidere denk olduğu, %87.9'u çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %47'si tansiyon problemi olmayan kişilerin ayda bir tansiyon ölçmeleri gerektiğini, %79.5'i hipertansiyonu olan kişilerin hergün tansiyonlarını ölçmeleri gerektiğini, %87.1'i ilaçların hipertansiyona yol açtığını, %54'ü hipertansiyonun yaş sınırı olmadığını, %93.9'u katılımların hipertansiyonda rolü olduğunu, %42.4'ü hipertansiyonun bazı durumlarda önlenemediği, %25.8'i sınırlılığın hipertansiyon belirtisi olmadığını, %41.7'si hipertansiyonun 2 evreden oluştuğunu, %65.9'u spor yapmanın hipertansiyon için risk faktörü olmadığını, %52.3'ü alkol alımının ilaçsız tedavi içine girmediği, %57.6'sı dinlenmeden ve ayakta ölçüm yapmanın doğru sonuç vermeyeceğini, %69.7'si ses kısıklığının vücuda verdiği zararlardan olmadığını, %53.8'i yeterli uyumanın hipertansiyondan korunma yollarından biri olmadığını, %18.2'si birine ait hipertansiyon ilacının başka bir hipertansiyon hastasının kullanmasının bir sakınca olmadığını, %30.3'ü sedatiflerin hipertansiyon ilaç grubu olmadığını, %18.9'u diastolik ve sistolikten sadece birinin yükselmesinin hipertansiyon tanısı almak için yeterli olduğunu, hipertansiyondan korunma yollarının bölümlere göre dağılımında sağlık memurluğu öğrencilerinin %22'sinin doğru cevap verdiği hemşirelik öğrencilerinin %31.8'inin doğru cevap verdiği saptanmıştır.

SONUÇLAR: Öğrencilerin hipertansiyon hakkında genel olarak bilgi düzeylerinin az olduğu tespit edilmiştir. Tansiyon sorunu olmayan kişilerin ne sıklıkta tansiyon ölçümü yapmaları konusunda 1.sınıf 2.sınıf öğrencilerinin bilgisiz olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin hipertansiyon yaş sınırı hakkında bilgisiz olduğu anlaşılmıştır. Öğrencilerin hipertansiyon belirtilerini bilmediği tespit edilmiştir. Hipertansiyonun vücuda verdiği zararlar konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu öğrenilmiştir ve hipertansiyondan korunma yollarını bilmediği tespit edilmiştir.

Anahtar Sözlük: Öğrenci, Hipertansiyon,

KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 18-64 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Hacer Sönmezer*, Melis Naçar**, Fevziye Çetinkaya***

* Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

** Yard. Doç. Dr. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

*** Prof. Dr. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Kadının sağlıkla ilgili olumlu yaşam biçimi, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından önemlidir. Bu çalışmada kadınların günlük yaşamdaki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kayseri İli kentsel alan sağlık ocağı bölgesindeki 18-64 yaş arası 421 kadına Walker Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve bazı günlük alışkanlıkları sorularını içeren anket uygulanmıştır.

Kadınların yaş ortalaması 36.2 ± 11.1 olup %57.1'i ev hanımıdır. Kadınların %74.3'ü evli olup %62.7'si lise ve üzeri eğitim almıştır. Genel sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirenlerin oranı % 61.8'dir. Kadınların % 36.1 'inin Pap Smear yaptırdığı, %81.0' ının kan şekeri, % 33.8 'inin kemik dansimetresi ölçtürdüğü, % 42.3 'ünün mamografi çektiği ve % 91.0'sının hemoglobin ölçümünü yaptırdıkları saptanmıştır. Belirtilen testleri yaptırmaları açısından ekonomik duruma ve yaşantının yoğunluğunun geçtiği yere göre farklılık yok iken, bütün testleri yaptırma oranı 40 yaş üstü kadınlarda 40 yaş altı kadınlara göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek olanlarda yalnızca kemik dansimetresi ölçtürme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 126.8 ± 19.2 'dir. Elde edilen puanlara göre en yüksek işaretlenen madde ortalamasından en düşük işaretlenen madde ortalaması sıralaması; kişiler arası destek alt ölçeği 74.3 ± 3.9 , beslenme alt ölçeği 17.6 ± 3.0 , kendini gerçekleştirme alt ölçeği 70.6 ± 6.2 , stres yönetimi alt ölçeği 63.4 ± 3.6 , sağlık sorumluluğu alt ölçeği 61.2 ± 5.2 , egzersiz alt ölçeği 47.1 ± 2.9 olarak saptanmıştır.. Kadınların % 70.2'si kendi kendine meme muayenesini en az bir kere yaptığını, % 32.3'ü sağlığı ile ilgili değişiklikleri fark ettiklerinde, %21.0'ı düzenli olarak sağlık kontrolü amacıyla doktora gittiklerini belirtmişlerdir.. Kullandıkları aile planlaması yöntemi için kontrole gitmediklerini belirtenlerin oranı % 44'.7dir.

Araştırma grubuna katılan kadınların % 12.4'ü yiyeceklerde tuz ve %15,7'si şeker kısıtlamasına dikkat etmediklerini, kadınların % 68.4 'ü bazen yemekten hemen sonra çay içtiğini, % 59.9 'u yemeklerde katı yağ kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %67.0'ının sigara içmediği % 85.8'i gün içinde süt ya da süt ürünlerinden en az iki porsiyon tüketmeye dikkat ettiklerini ve % 94.8'i her gün düzenli olarak üç öğün yemek yediklerini belirtmektedirler.

Kadınların alışkanlık haline getirdiği sağlıkla ilgili olumsuz yaşam biçimi davranışlarının belirlenip, bunların sağlığı koruma ve geliştirme alışkanlıkları ile yer değiştirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler : Kadın, sağlıklı yaşam ölçeği, olumlu sağlık, sağlıklı yaşam biçimi.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOMUZ GRİBİ VE KORUNMA YOLLARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

*Yard.Doç.Dr.Rabia Sohbet, *Esmâ Zerin Karaboğa

*Gaziantep Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Tüm dünyada halen güncelliğini yüksek düzeyde riskli durumunu sürdüren bu hastalık halen sağlık meslek eğitimini sürdüren öğrencilerimiz içinde ciddi bir risk konusudur ve konuya ait bilgilerin güncellenmesi gereği hissedilmesi nedeni ile bu çalışma düşünülmüştür. Araştırmamız Gaziantep Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan hemşirelik öğrencilerinin domuz gribi ve korunma yolları hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde okuyan 248 öğrenciden 1-4 sınıf öğrencileri dışında kalan ve yaz uygulamasına çıkan 148 öğrenciden basit tesadüfi örneklem yöntemi ile belirlenen ve çalışmayı kabul eden 77 öğrenciye haziran 2009'da 13 sosyo-demografik toplam 27 soruluk anket formu gözlem altında yapılarak, 13.0 SPSS paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %58.5'i 21-23 yaş grubunda,%64.9'u kız, %70.1'i 3.sınıfta, %72.2'si çekirdek aileye, %54.6'sı 3-5 arası kardeşe sahiptir. Annelerin %27.3'ü okuma-yazma bilmemekte ve %84.4'ü ev hanımı, babaların %33.8'i lise mezunu %31.2'si emeklidir. Öğrencilerin %64.9'u Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelmiş, %6.5'i mediko güvencesine sahip, %63.6'sının geliri giderine eşittir.

Öğrencilerin %49.4'ü domuz gribinin; A(H1N1)tip virüsten kaynaklı, insanlarda hastalık yapan hastalık olduğunu bilmiş, ancak %42.9'u hastalığa "domuz gribi" denmesinin sebebini bilememiştir.

Öğrencilerin %72.7'si, domuz gribi virüsünün insandan insana bulaştığını, %53.7'si domuz gribi belirtilerinin insanlardaki grip belirtilerine benzediğini söylemişlerdir.

Öğrencilerin %51.9'u domuz gribi belirtilerini: ateş, öksürük, boğaz ağrısı, yaygın vücut ağrısı, baş ağrısı, üşüme ve yorgunluk olarak belirtmişlerdir. %58.4'ü içme, kullanma ve havuz sularıyla bulaşabileceğini bilememiştir.

Öğrencilerin %26'sı domuz gribinden korunmayı bilmiş, %67.5'si bulaştırıcılık süresini bilememiş, %54.5'si öksürük ve hapşırma ile damlacık yoluyla bulaşabildiğini söylemiştir.

Öğrencilerin %45.5'i domuz gribinden koruyan aşı olmadığını söylemiş, %70.1'i erişkinlerde acil müdahale gerektiren belirtileri; zor nefes alma/nefes darlığı/bilinç bulanıklığı/sürekli kusma olarak belirtirken, çocuklarda acil müdahale gerektiren durumlar için %70.1'i hızlı-zor nefes alma/morarma/ beslenememe/uykuya meyil ve ateşle beraber döküntü olduğunu söylemişlerdir.

Sonuç: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık yarısı konuya ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığı, 2/3'si bulaştırıcılık süresini bilemediği dikkati çekmiştir. Eğitim dönemi başlangıcında konferans olarak tüm öğrencilere bu hastalık ve kendileri için elzem olan korunma yollarının aktarılması uygun görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Öğrenci, Domuz Gribi, Korunma.

İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME ÖĞRENCİLERİNDE HEPATİT B EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Saka G**, Ceylan A**, Arslan E*, Toktaş, İ*, Gündoğan C*.

* Arş.Gör.Dr. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi HSAD Diyarbakır.

** Doç.Dr. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi HSAD Diyarbakır.

aliceylan06@gmail.com

Amaç: Diyarbakır'ın sosyoekonomik düzeyi düşük mahallelerinde olan 3 ilköğretim okulu öğrencilerinin hepatit B konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve yapılan hepatit B konulu eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneğini sosyoekonomik düzeyi düşük olan 3 farklı mahalledeki 3 farklı ilköğretim okulunun 6-7-8. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Önce Sosyodemografik özellikler ve hepatit B ile ilgili 11 bilgi sorusunu içeren anket uygulanmıştır. Sonra Hepatit B hastalığının bulaş yolları, belirtileri, korunma yolları ve aşının önemi hakkında, D.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D. öğretim üye ve uzmanlık öğrencileri tarafından 40'ar dakikalık eğitimler verilmiştir. Bir gün sonra aynı öğrencilere bilgi sorularını içeren bir anket yeniden uygulanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anketlerin sonuçları karşılaştırılmıştır. İlk ve son anketi olmayan ya da eksik bilgi olan anketler değerlendirmeye alınmamış böylelikle 428 çocuğa ait eğitim öncesi ve sonrası bilgi durumları karşılaştırılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası anketteki her bir soruya verilen yanıtlar karşılaştırılmış, bunun yanında sorulara verilen yanıtlardan öğrencilerin aldıkları puanların ortalamaları da irdelenmiştir. İstatistiksel olarak yüzde, McNemar testi ve paired samples t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ankete katılanların %54.4'ü erkek %45.6'sı kız olup, yaş ortalamaları 13,1±1,1 (n=395) olarak bulunmuştur. %13,6'sının (58 çocuk) babası %55.4'ünün (237 çocuk) annesi okur yazar olmayıp, %21,0'i okul dışındaki zamanlarda bir işte çalıştığını belirtmiştir. Ortalama evde yaşayan kişi sayısı 7.1, kardeş sayısı ise 5.4 olarak bulunmuştur.

Eğitim öncesi uygulanman anket sonuçlarına göre Hepatit B'nin etkeninin virüs olduğunu belirtenler %19,6'dan; eğitim sonrası uygulanan anket sonuçlarına göre % 57,9'a yükselmiştir (p<0,00). Hepatit B'nin etkeninin kanda bulunduğunu belirtenler %57'den % 73,8'e (p<0,00), terde bulunduğunu belirtenler %13,8'den % 60'a (p<0,00), tükürük ve cinsel organ sıvılarında bulunduğunu belirtenler %19,6'dan %68,7'ye (tükürük) (p<0,00) ve % 57'ye (cinsel organ sıvısı) (p<0,00) yükselmiştir. Hepatit B etkeninin bulunduğu yerler olan kan, ter, tükürük ve cinsel organ sıvılarının dördünü de belirtenlerin oranı %1,6'dan %33,6'ya yükselmiştir.

Bulaşma yolları olan kan ve kan ürünleri nakli, anneden bebeğe geçişi, cinsel ilişki ve öpüşmenin dördünü birden söyleyebilenlerin oranı %3.5'den %32,4'e çıkmıştır. Organlardan özellikle karaciğeri etkilediğini belirtenler %37.6'dan (161 çocuk) %87.9'a (376 çocuk) yükselmiştir.

Hastalık belirtileri olarak sarılık,koyu idrar,bulantı-kusma ve karın ağrısının dördünü de belirtenlerin oranı %4'den % 27,1'e, yüksek risk taşıyan gruplardan dört ve daha fazlasını belirtenlerin oranı %4.7'den %33,7'ye, aşı ile korunulabileceğini belirtenlerin oranı %14'den %33,2'ye yükselmiştir.

Yapılan değerlendirmede eğitim öncesi bilgi puanı ortalaması 9,97±5,7, eğitim sonrası ortalamaya ise 19,15±6,74 olarak bulunmuştur. (t=-28,408 p<0,05).

Sonuç: Hepatit B ile ilgili verilen eğitimde öğrencilerin bilgi düzeyleri artmış ve bu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öğrencilerin sadece yarısından azında, eğitim hedeflerinden olan bulaş yolları yada hastalık belirtilerinin en az dördünü sayabilme becerisine ulaşılabilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, Diyarbakır, ilköğretim, eğitim

BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 20 YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDAKİ BAZI BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ, ANKARA

Bahar GÜÇİZ DOĞAN¹, Hakan ALTINTAŞ², Gökhan YAĞIZ³, Cenk ALTUNÇ³,

Ayfer ASLAN³, Muhammed Furkan BAKKAL³

¹Prof. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

²Doç. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

³İntern Doktor, Hacettepe Üniv. Tıp Fak.

Amaç: Bu araştırma, Ankara İli Keçiören İlçesi 19 Mayıs Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 20 yaş ve üstü kişilerin, aile hekimliği sistemi ile ilgili bazı bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırma olup veriler 30 soruluk bir anket ile toplanmıştır. 19 Mayıs Sağlık Ocağı merkez alınarak, 03-05 Ağustos 2009 tarihleri arasında ocağa en yakın 10 sokaktaki evler tek tek gezilmiş, her haneden 20 yaş ve üstü araştırmaya katılmayı kabul eden bir kişi ile tek başına rahat edebileceği bir ortamda görüşülmüştür. Araştırmada toplam 852 ev ziyaret edilmiş; 405 kapı açılmamış, 199 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, sonuç olarak 248 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamında görüşülen kişilerin yaşları 20 ile 78 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 40,9±13,1'dir. Katılımcıların %72,2'si kadın, %27,8'i erkektir. Grubun %48,8'i ilköğretim ve altı eğitilmiş; %78,2'si evli; %90,7'si çekirdek aileye sahip ve %21,8'i çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %63,3'ü aile hekimliği sistemini (AHS) duyduklarını belirtmiş; bunların da ancak %20,4'ü AHS'nin tanımını tam ve doğru olarak yapabilmişlerdir. AHS'yi bildiğini belirtenlerin yarısından çoğu bilgi kaynağı olarak medyayı (%59,8), dörtte biri ise sağlık personelinin (%25,4) belirtmişlerdir. Yine AHS'yi bildiğini belirtenlerin %82'si AHS'ye göre herhangi bir sağlık sorunu için ilk başvurulacak hekimin, aile hekimi olması gerektiğini bilmektedir. Ancak beşte ikisi gebe izlemi, aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerini sunacak hekim hakkında doğru bilgiye sahip değildirler. Yine katılımcıların %41,0'ı sevk sistemini; %73,8'i ilk aile hekimini kimin belirleyeceğini bilmemekte veya yanlış bilmektedir. AHS'yi bildiğini belirtenlerin %96,7'si Toplum Sağlığı Merkezi diye bir şey duymadıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %80,7'si Türkiye'de AHS'nin pilot illerde uygulanmaya başladığından veya söz konusu illerin hangileri olduğundan haberdar değildir. Sistem hakkında standart bir bilgi edinilmesi amacıyla, veri toplanması sırasında görüşülen kişilere Aile Hekimliği Sistemi'nin tanımı yapılmış ve ardından da sistem ilişkin görüş soruları sorulmuştur. Kişilerin %55,7'si AHS'de hizmet sunumunun yeterliliği olacağını; %84,3'ü hekimin-hasta ilişkisinin daha iyi olacağını; %84,3'ü kişilerin aile hekimini seçme ve değiştirme hakkının olması gerektiğini; %60,9'u ise sevk zorunluluğunun olmaması gerektiğini ifade etmiştir. Erkeklerin (p=0,049), lise ve üstü eğitimi olanların (p<0.001) ve araştırma sırasında çalışan veya emekli olanların (p=0,001) diğerlerine göre AHS'yi duyma/bilme yüzdeleri daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılanların AHS'yi duyma/bilme durumlarının yetersiz olduğu, duyanların ise bilgi kaynaklarının daha çok medya olduğu ortaya çıkmış; katılımcıların tedavi edici hizmetler konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların, sağlık sistemleri ve uygulamaları konusunda daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği Sistemi, Bilgi, Görüş

MANİSA KENT MERKEZİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI BİRİMİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öznur Özkan Bambal*, Tülay Laçarlı*, İntern Hekimler**, Erhan Eser*

*Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

**Şenay Güngör, Emine Taştekin, Ozan Çetin, Melis Güngör, Ezgi Ayhan, Mert Filibeli, Gökçe Çivi, Tuğba Kara, Fatih Kahvecioğlu, Tuğçe Bilecenoğlu

Amaç: Manisa gecekodu bölgesinde aile sağlığı merkezine (ASM) bağlı bir aile sağlığı biriminde (ASB) birinci basamak sağlık hizmeti özelliklerinden olan "ilk başvuru", "süreklilik", "kapsayıcılık" ve bu özellikleri etkileyen değişkenler değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: 19.12.2008-29.12.2008 tarihlerinde ASB'ne bağlı hanelerde yaşayan 15 yaş ve üstü kadınlarda yürütülmüş kesitsel çalışmadır. ASB kayıtlarından bölgenin 15 yaş ve üstü kadın evreni 1400 kişidir. Örnek büyüklüğü küme örnekleme yöntemine göre 301 hanedir. Örneğe çıkan 450 kadından 318'ine ulaşılmıştır (%70.7). Veriler sahada yüz yüze görüşme tekniği ile yapılandırılmış anketle toplanmıştır. Sosyal sınıflandırmada Boratav sınıflaması kullanılmıştır. Birinci basamak özelliklerinden olan ve araştırmada bağımlı değişkenler olarak kabul edilen İlk başvuru, Süreklilik ve Kapsayıcılık puanları oluşturulmuştur. Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler (yaş, göç, eğitim, eşinin mesleği, beş yaş altı çocuk varlığı) tek değişkenli analizlerde ki kare testi ile karşılaştırılmışlardır. Tek değişkenli analiz sonuçları süreklilik için beş yaş altı çocuk sahibi olmak ve doğurgan çağda kadın olmak değişkenleri ile anlamlı ilişki bulunduğundan çok değişkenli çözümleme yapılmamıştır. Kapsayıcılık için çok değişkenli çözümlemeye lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Grubun yaş ortalaması 38.3±15'tir. Kadınların %76,4 ü 15-49 yaş grubunda, %34.0'ı eğitimsiz, %76.7'si evli, %93.9'u ev kadını, %68.3'ü alt sosyal sınıfta, % 46.2'si göçle gelmiş, % 94.0'ının sağlık güvencesi var ve %37.7'sinin 5 yaş altı çocuğu vardır.

Bölgeye göç ile gelmeyenlerin, göç edenlere göre ilk başvuru puanları anlamlı olarak daha iyidir. (p=0.023).

15-49 yaş doğurgan çağ kadınların, 49 yaş ve daha büyük kadınlara göre (p=0.004) ve beş yaş altı çocuğu olanların, beş yaş altı çocuğu olmayanlara göre (P=0.000) süreklilik puanlarının anlamlı olarak daha iyi olduğu bulunmuştur.

Bölgeye göçle gelmeyenlerin göç edenlere göre (p=0.012); üst sosyal sınıfta olanların alt sosyal sınıflara göre (P=0.049) ve beş yaş altı çocuğu olanların olmayanlara göre (p=0.000) kapsayıcılık puanları anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur. Çok değişkenli modelde sağlık hizmetinin kapsayıcılığı çocuğu olanlarda 2,45 kat (1,43 -4,18) göçle gelmeyenlerde 2,11 kat (1,22-3,65) daha iyidir.

İlk başvuru ve Kapsayıcılık puanları sağlık algısı iyi olanlarda sağlık algısı kötü olanlara göre (p=0.004) ve geçen yıla göre sağlık algısı daha iyi olanlarda daha kötü olanlara göre (p<0.012) anlamlı olarak iyi bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımında doğurgan çağ kadın olmanın ve beş yaş altı çocuk sahibi olmanın etkili faktörler olduğu gösterilmiştir. Ancak bölgeye göçle gelmeyen ve sağlık algıları daha iyi olan bireylerin hizmet kapsayıcılığının diğerlerine göre daha iyi olması, Aile Hekimliği uygulamasının gecekodu bölgesinde yüksek risk gruplarının gereksinimlerini karşılamaktan uzak olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık

İSTANBUL'DA BİR ÖZEL HASTANENİN KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBELERDE GEBELİK DİYABETİ PREVALANSININ BELİRLENMESİ

A.Ruhi TORAMAN¹, Ahmet GÜREL², Zeynep ULUSAL³, Gülnihal BÜLBÜL³, Gülçin DEMİRDÖVEN³, Melek UZUN³, Ali ÖZCAN⁴

Özel Sema Hastanesi ¹ Sağlık Hizmetleri Uzmanı, ²Biyokimya Uzmanı, ³Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, ⁴ Ahenk Laboratuvarı Biyokimya Uzmanı

artoraman@semahastanesi.com.tr

Amaç: Başlıca göz, böbrekler, sinirler, kalp ve damarlar olmak üzere birçok organda hasara yol açan gebelik diyabeti, maternal ve prenatal mortaliteye neden olmaktadır. Bu çalışma, İstanbul'da Özel Sema Hastanesi'ne başvuran gebelerde, gebelik diyabeti prevalansının saptanması amacı ile yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Ocak 2006 - Temmuz 2009 tarihleri arasında Özel Sema Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 1681 gebe verileri kullanılarak retrospektif bir çalışma yapılmıştır. Gebelik diyabeti tanısı için iki test uygulanmaktadır. Önce 24-28 haftalık gebelere 50 gram glukoz içirilmekte ve bir saat sonra kan glukoz düzeyine bakılmaktadır. Kan glukoz düzeyi 140 mg/dl ve üzeri ise tarama testi pozitif kabul edilmekte ve tanı için tolerans testi yapılmaktadır. Oral glukoz tolerans testinde, gebelere sabah açlık kanını verdikten sonra 100 gram glukoz içirilmekte ve 1., 2., ve 3. saatteki kan örnekleri alınarak glukoz değerlerine bakılmaktadır. Bunlardan en az ikisi pozitif çıkarsa, gebe "gebelik diyabeti" olarak kabul edilmektedir.

Bulgular: 1681gebenin 494'ünde (%29,3) glukoz tarama testi pozitif saptanmıştır. 494 gebenin 58'inde (%11,7) ise glukoz tolerans testi pozitif saptanmış ve bu gebeler "Gebelik Diyabeti" olarak tanı almışlardır. Gebelik diyabeti tanısı alan gebelerin hepsinde tarama testi 1. saat ve 2. saat glukoz değerleri sınır değerinin üzerinde saptanmıştır. Tüm grupta gestasyonel diyabet prevalansı %3,45'tir. 25 yaş ve altı grupta (n=449) bu oran % 0,22, 26-30 yaş grubunda (n=770) % 2,99 , 31-35 yaş grubunda (n=368) % 6,25 ve 36 yaş ve üstü grupta (n=94) ise % 11,7'dir. Yaşla birlikte prevalansın arttığı gözlenmiştir.

Sonuç: Gebelik diyabeti prevalansı Özel Sema Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerde % 3.45 olarak bulunmuştur. İleri yaş, gebelik diyabeti için önemli bir risk faktörüdür. Bu sonuç ülkemizde yapılan diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olmakla birlikte, genel literatür verileri ile karşılaştırıldığında düşük kalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebe , Glukoz Tarama Testi, Glukoz Tolerans Testi, Gebelik Diyabeti Prevalansı

BİR ÖZEL HASTANENİN BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜNÜME BAŞVURANLARDA OBEZİTE TANISINDA BEDEN KÜTLE İNDEKSİ VE VÜCUT BİLEŞENLERİNİN İLİŞKİSİ

A.Ruhi TORAMAN¹, Hayrettin MUTLU², Şerife Nur BOYSAN³, Ahmet TOMUR⁴, Hikmet AKYÜZ⁵, Ashhan ÇOLAK⁵

Özel Sema Hastanesi ¹Sağlık Hizmetleri Uzmanı, ² Diyetisyen, ³Endokrinoloji Uzmanı, ⁴Fizyoloji Uzmanı, ⁵Dahiliye Uzmanı

artoraman@semahastanesi.com.tr

Amaç: Beden kütle indeksi (BKİ) obezite tanısında yaygın olarak kullanılan antropometrik bir göstergedir. Vücut bileşimi de, obezite tanı ve tedavi takibinde önemlidir. Bu araştırmada, bir özel hastanenin Beslenme ve diyet Bölümüne başvuranlarda, Obezite tanısında BKİ ile vücut bileşimi ölçümlerinin ilişkisi değerlendirilmiştir.

Gereç Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipteki araştırmada, Sema Hastanesi Beslenme ve Diyet Bölümüne Kasım 2008 - Mart 2009 tarihleri arasında başvuran, 20-70 yaşları arasındaki 1103 bireyin (824 Kadın; 279 Erkek), boy, ağırlık ölçümleri yapılmış, BKİ'leri (kg/m²), hesaplanmış; biyoelektriksel impedans metodu ile vücut yağ yüzdesi ve yağsız vücut kütleli ölçülmüştür. BKİ ≥ 30 (kg/m²) bireyler obez olarak değerlendirilmektedir. Vücut yağ yüzdesine göre; kadın ≥ 35 , erkek ≥ 25 obez olarak kabul edilmektedir. Veriler student T testi ve Mann Whitney U testleri ile incelenmiştir. BKİ ve vücut yağ yüzdesine göre Obezite karşılaştırmasında Kappa yaklaşımı kullanılmıştır.

Bulgular: Obezite sıklığı BKİ'ne (≥ 30 kg/m²) değerlendirildiğinde kadınlarda %39,4, erkeklerde %58,1; 20-30 yaş grubunda %35,3, 31-40 yaş grubunda %34,3, 41-50 yaş grubunda %19,2, 51-60 yaş grubunda %71,4 61-70 yaş grubunda %50'dir. Obezite sıklığı vücut yağ yüzdesi'ne göre değerlendirildiğinde (erkek ≥ 25 , kadın ≥ 35) ise; kadınlarda %79,4 ve erkeklerde % 82,4; 20-30 yaş grubunda %65,8, 31-40 yaş grubunda % 83,3, 41-50 yaş grubunda % 91, 51-60 yaş grubunda %100,4 61-70 yaş grubunda %100'dür. BKİ ye göre obez olmayan bireyler (%58,8- n=616) vücut yağ yüzdesine göre değerlendirildiğinde %64,9 (n=400) obez olduğu tespit edilmiştir. (P<0,05).(k=0,317)

Sonuç: BKİ obezite tanısı için kullanılmakla birlikte tek başına yeterli olmamaktadır. BKİ'ne göre obez olmayan bireylerin %64'ü vücut yağ yüzdesi değerlerine göre obez olarak tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Beden Kitle İndeksi, Vücut Yağ Yüzdesi, Vücut Bileşenleri

BAŞHEMŞİRELERİN YÖNETSEL BAŞARI DÜZEYLERİNİN ANALİZİ

Adem KÖSE¹, A.Ruhi TORAMAN²

¹ Özel Keçiören Hastanesi Sağlık Hizmetleri Uzmanı, ² Özel Sema Hastanesi Sağlık Hizmetleri Uzmanı

artoraman@semahastanesi.com.tr

Amaç: Bu çalışma, başhemşirelerin yönetsel başarı düzeylerini saptamak ve hastanelerdeki hemşirelik hizmetlerinin etkinlik ve verimliliğini artırmak için gereksinimlerin neler olabileceğini tespit etmek amacı ile yapılmıştır. Herhangi bir işletmenin başarılı olması için, iyi yetişmiş yöneticilere ihtiyaç duyulmaktadır. Yöneticinin başarısı hem yönettiği birimin ve o birimi oluşturan personelin başarısı ile belirlenmekte hem de tüm kurumun başarısını belirleyen önemli bir etmen olmaktadır. Hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesi, başhemşirenin sorumluluğundadır. Başhemşirenin fonksiyonları: hasta bakımı, yönetim ve eğitimle ilgili olmak üzere üç başlık altında toplanabilir.

Gereç Yöntem: Bu çalışmaya, toplam 21 hastaneden 205 personel (91 doktor, 76 hemşire ve 38 başhemşire) katılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak, anket kullanılmıştır. Başhemşirelerin yönetsel başarı düzeyi; kendileri, doktorlar ve hemşireler tarafından değerlendirilmiş ve bu değerlendirmeler SPSS programı aracılığı ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Yönetsel başarı puanı başhemşirelerin kendi değerlendirmesinde % 85, doktorların değerlendirmesinde % 64, hemşirelerin değerlendirmesinde ise %70 olarak bulunmuştur. Başhemşirelerle doktorlar, başhemşirelerle diğer hemşireler arasında yönetsel başarı değerlendirmesi yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Doktorlar ile hemşireler arasında ise verdikleri puan yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Toplam Yönetsel Başarı Puanı % 71 olarak bulunmuştur. Yönetsel başarı değerlendirmeleri arasındaki farklılığın, meslek grupları arasında hemşirelik mesleğine yönelik algıların farklı olmasından ve başhemşirelik görevini yürüten personelin mesleki deneyim eksikliğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Yönetim Bilimi alanındaki eğitim ve mesleki deneyim eksikliklerinin giderilebilmesi için, başhemşirelerin mezuniyetleri sonrasında orta veya uzun süreli Yönetici Eğitimi kurslarıyla yönetim alanında formal olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Yönetimi, Başhemşirelik Yönetimi, Yönetsel Başarı Düzeyi

İĞNE UCU YARALANMALARI KORUNMA ÖNLEMLERİ

A.Ruhi TORAMAN¹, Fatma BATTAL², Medine BUDAK³, Kristin ÖZTÜRK⁴, Betül AKÇİN⁵
Özel Sema Hastanesi ¹Sağlık Hizmetleri Uzmanı, ²Enfeksiyon Hemşiresi, ³Performans İş
Geliştirme Yöneticisi, ⁴Performans İş Geliştirme Müdürü ⁵Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

artoraman@semahastanesi.com.tr

Amaç: İğne ucu yaralanmalarını inceleyerek; iş kazalarının önlenmesi ve sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik yöntem geliştirmektir.

Gereç Yöntem: Sema Hastanesinde; 2008 yılı Ocak- Ekim ayları arasında, "Olay Bildirim Formu"ndan yararlanılarak Retrospektif veri toplama yöntemi ile iğne ucu yaralanmaları tespit edilmiştir.

Bulgular: Aylık ortalama iğne ucu batma prevalansı % 0.2 çıkmıştır. İğne ucu batmaları meslek gruplarına göre, % 64 ile Temizlik Personelinde en fazla görülmüştür. Yaralanma nedenlerine göre ise % 28 ile "Tıbbi Atık Torbası" en yüksek çıkmıştır. Birimlere göre % 28 ile "Poliklinikler" en yüksek çıkmıştır. Aylara göre ise % 50 ile "Temmuz" ayı en yüksek çıkmıştır. Temizlik Personelinde iğne ucu batma prevalansının yüksek çıkma nedeni, eğitim yetersizliği olarak değerlendirilmiştir. Temmuz ayında görülen yükseklik ise, izin dönemindeki personel yetersizliğine bağlanmaktadır. Aylık ortalama iğne ucu batma prevalansı değeri, literatüre göre düşük düzeyde çıkmıştır.

Sonuç: İğne Ucu Yaralanmaları, "İyileştirme Çalışma Grubu"nda, değerlendirilerek, İğne Ucu Yaralanmalarını önleyen bir yöntem geliştirilmiştir. İğne ucuna bağlı yaralanma verileri; JCI (Joint Commission International)'ın enfeksiyon kontrolü ve önleme standardına göre hazırlanan Enfeksiyon Kontrol Programı kapsamında değerlendirilmiştir. Doğru atığın doğru atık kutusuna atılması için, "Atıkların Kontrolü Prosedürü" revize edilerek "Atık Şeması" yeniden düzenlenmiştir. Atıkların bulunduğu tüm alanlara, hazırlanan atık şeması asılmıştır. Sharp-box kutuları, delici-kesici alet atıkları atılmak üzere, uygun alanlara konulmuştur. Sharp-box kutularının devrilmesine bağlı kazaları engellemek için, kutular yerden yukarıda, sabitlenerek ve rahatça ulaşılabilir şekilde alanlara yerleştirilmiştir. İğne ucu yaralanmalarını önlemeye yönelik sharp-box'a uyumlu tedavi tepsisi temin edilerek ve yatak sayılarına orantılı olarak birimlere dağıtılmıştır. İşyeri Hekimi ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından, sağlık çalışanlarına 1.30 saat süreli "İğne ucu yaralanmasına neden olan faktörler ve önlemler" konulu eğitim verilmiştir. Sağlık çalışanlarının kesici-delici alet yaralanmalarını önlemek için; kurumların politikaları olmalı, alt yapı desteği sağlanmalı, eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve yeni işe başlayan personelin "Kurumsal Oryantasyon Programı" içerisine konmalıdır. Personel, kendi üzerine düşeni eksiksiz yapmalı, gerekli önlemler alınarak uygulanmalı ve denetlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: İğne Ucu Yaralanmaları Korunma Önlemleri, Hastane Enfeksiyonları

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SAĞLIK PERSONELİNİN EL YIKAMA ALIŞKANLIKLARI

A.Ruhi TORAMAN¹, Fatma BATTAL², Hülya ÇAŞKURLU³, Ahmet GÜREL⁴, Feride KORKMAZ⁵

Özel Sema Hastanesi ¹Sağlık Hizmetleri Uzmanı, ²Enfeksiyon Hemşiresi, ³Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, ⁴Doç.Dr. Biyokimya Uzmanı, ⁵Anestezi Uzmanı

artoraman@semahastanesi.com.tr

Amaç: Yoğun bakımda çalışan sağlık personelinin hasta izlemi sırasında el yıkama alışkanlıklarını belirleyerek incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tip gözlemsel araştırmada, Sema Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde, haftada 2 gün, 2'şer saat olmak üzere 6 aylık süre içerisinde toplam olarak 6240 dakikalık gözlem boyunca, el yıkamanın gerekli olduğu durumlar ve bu durumlarda el yıkamanın gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği Prospektif olarak gözlenmiştir. Ünite çalışanları çalışma hakkında bilgilendirilmemiştir. Verilerin istatistiksel analizi "SPSS for Windows (ver. 11.0)" istatistik programı kullanılarak Ki-kare testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Tüm sağlık personelinin el yıkama oranı % 73 olarak belirlendi. Hekim (n=4), hemşire (n=8), ve yardımcı sağlık personeli (n=4) gruplarında el yıkama oranları sırasıyla % 56, % 86 ve % 72 olarak bulunmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Sonuç: Genel olarak el yıkama alışkanlığı literatüre göre iyi düzeydedir. Hekimlerin el yıkama oranlarının düşüklüğü hakkında eğitim programları uygulanması gerekmektedir.

Sağlık personeline yeterli sıklıkta el yıkama alışkanlığının kazandırılması, hasta sağlığı ile doğrudan ilişkili olan nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: El Yıkama, Yoğun Bakım, Hastane Enfeksiyonları.

MERSİN İLİNDE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN SAĞLIK VE ÇEVRE BOYUTUYLA NÜKLEER ENERJİYE BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ö. Özkan ÖZDEMİR^a, A. Öner KURT^b, Gülçin YAPICI^c

^aDr., Mersin Tabip Odası Hekim Meclisi Üyesi, Mersin Tarsus Devlet Hastanesi

^bYrd.Doç.Dr., Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

^cYrd.Doç.Dr., Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

onermersin@yahoo.com

Amaç: Nükleer enerji konusu hekimlerin büyük çoğunluğunca az bilinmekte ve bu konuda hekimlerin katılımı ile yapılan araştırma bulunmamaktadır. Araştırmamızda Mersin ilinde görev yapan hekimlerin sağlık ve çevre boyutuyla nükleer enerjiye bakış açılarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Mersin ilinde hekimler arasında yürütülmüştür. Araştırmanın yapılmasına Mersin Tabip Odası Hekim Meclisinde görüşülerek karar verilmiş, veriler Nisan-Mayıs 2009 aylarında hekim meclisi üyeleri aracılığıyla hekimlerin veri formlarını kendilerinin doldurmasıyla toplanmıştır. Mersin ilinde görev yapan 1875 hekimden EPI Info Version 3.5.1 programı kullanılarak en geniş örneklem olarak 536'sının çalışmaya alınmasına karar verilmiştir. Çalışmaya alınacak hekimler; yerleşim yeri, kurum, unvan ve cinsiyete göre değerlendirilerek tabakalı, sistematik örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırmada 505 hekime ulaşılmış, veri eksikliği nedeniyle iki anket iptal edilerek 503 (%93.8) hekimin verisi değerlendirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza, Mersin'de çalışan %68.0'i erkek, %32.0'i kadın toplam 503 hekim katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 41.4±8.8 (dağılım aralığı 23-80) yılıdır. Bu hekimlerin %45.1'i pratisyen hekim, %35.8'i uzman hekim, %8.2'si öğretim üyesi ve %10.9'u araştırma görevlisidir. Hekimlerin %81.1'inin Türkiye'nin ilk nükleer santralının Mersin İl sınırları içerisinde yapılacağını bildiği saptandı. Hekimlerin %28.8'inin ülkemizde nükleer santrallerin kurulmasına olumlu yaklaşmasına rağmen, ancak %12.1'inin Akkuyu'da kurulmasını kabul ettiği belirlendi. Hekimlerin % 91.1'i Çernobil nükleer santral kazasından sonra Türkiye'de özellikle çay ve fındıkta radyoaktif bulaşmanın olduğunu, %91.5'i Çernobil nükleer santral kazasından sonra özellikle Karadeniz bölgesinde kanser vakalarında artış olduğunu düşündüğünü belirtti. "Nükleer santraller kaza dışında, normal çalışmaları sırasında da çevreye radyoaktif maddeler çıkarır mı?" sorusunu yanıtlayan 437 hekimin %55.6'sı radyoaktif yayılımın olabileceğini belirtti. Hekimlerin %60.4'ünün nükleer santraller yoluyla enerji elde edilmesini hekimlik mesleğinin konusu olarak gördükleri ve %71.8'inin de Mersin Tabip Odasının "nükleer karşıtı platformlar" içinde yer almasını onayladığı saptandı.

Sonuç: Hekimlerin, Türkiye'de ilk nükleer santralin hangi il sınırları içerisinde yapılacağı sorusuna büyük oranda Mersin doğru yanıtını vererek bölgelerindeki Akkuyu nükleer santralinden haberdar oldukları ve yakından ilgilendikleri görülmektedir. Hekimlerin yaklaşık üçte biri ülkede nükleer santral kurulmasını isterken sadece dokuzda birinin kendi bölgeleri olan Akkuyu'da nükleer santral kurulmasını onaylaması nükleer santralin çevre ve sağlık riskinden kaygı duyduklarını düşündürmektedir. Hekimlerin Çernobil kazası sonrasında çay ve fındıkta radyoaktif bulaşın olduğunu ve Karadeniz bölgesinde kanser vakalarının arttığını belirtmeleri nükleer santrale ilişkin kaygılarının bir göstergesi ve bu kaygıların nedeni olabilir. Sonuçta, hekimler nükleer santrallerin çevre ve sağlık etkileri konusunda duyarlılık hissetmelerine ve çeşitli kaygılar taşımalarına rağmen nükleer santrallerin kaza haricinde çevreye radyoaktif olumsuz etkileri olabileceği konusunda daha az kaygılanmaktadır. Hekimlerin nükleer karşıtı mücadelede meslek örgütleri olan Mersin Tabip Odasına güvendiklerini de söyleyebiliriz.

Anahtar sözcükler: nükleer enerji, çevre, sağlık, hekim

DIYARBAKIR İL MERKEZİNDE 0-59 AY ÇOCUKLARDA MALNUTRİSYON SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gülhan YİĞİTALP¹, Ali CEYLAN², Günay SAKA², Mehmet YILDIZ²,

¹D.Ü.Atatürk SYO, ²D.Ü.Tıp fak. Halk sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Bu araştırma Diyarbakır il merkezinde yaşayan 0-59 aylık çocuklarda malnutrisyon sıklığını ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel bir çalışma olup, Nisan 2008'de Diyarbakır il merkezinde yapılmıştır. Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü 2007 ETF sonuçlarına göre Diyarbakır'da kentsel alanda 0-59 aylık nüfus 114566'dır. Türkiye genelinde düşük kilolu olma oranı %8.3 alındığında %2 hata payı ile örnek büyüklüğü 726 olarak saptanmıştır. İl merkezinde bulunan 38 sağlık ocağından 10 tanesi raslantısal olarak belirlenmiştir. Staj yapan 72 hemşirelik öğrencisinden ikişerli gruplar oluşturularak her gruptan kendi sağlık ocağı bölgesindeki bir sokaktaki 0-59 aylık 20 çocuğa ulaşması istenmiştir. Ulaşılan 714 çocuğun annesi ile görüşülmüş, çocukların kiloları 100 grama duyarlı baskül ile, boyları 2 yaşına kadar yatırarak, 2 yaşından büyüklerde ayakta, kol çevreleri üst kolun tam ortasından mezür ile ölçülmüştür. Epi-Info-2000 paket programında Z skorları hesaplanmıştır. Kol çevresinin 12.5 cm altında olma durumu malnutrisyon olarak değerlendirilmiştir. Yaşa göre boy ve yaşa göre ağırlık Z skor değerleri bağımlı değişken, annenin yaşı, eğitim durumu, baba mesleği, sosyal güvence durumu, sosyoekonomik durum (SED), oturlan mahalle bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Veri analizi SPSS paket programı aracılığıyla % dağılımı ortalama ve ki-kare kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan çocukların %32.2'sinin (230 kişi) yaşına göre boyu -2 SD'nin altında, (kısa boylu-bodur) , %7.3'ünün (52 kişi) yaşına göre kilosu -2SD'nin altında (düşük kilolu) bulunmuştur. Yaşa göre boy ve yaşa göre ağırlığı + 2SD'nin üzerinde olanlar ise sırasıyla %7.2 (51 kişi) ve % 5.9 (42 kişi) olarak saptanmıştır. Çocukların %7.7'si "kol çevresi" değerine göre malnütrisyonlu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan çözümlenmelerde kısa boyluluğu ailenin sosyo ekonomik durumu, sosyal güvence durumu ve sağlık ocağının bulunduğu bölgenin yapısı olumsuz etkilerken düşük kilolu olmayı SED olumsuz etkilemektedir.

Sonuçlar: Ailenin ekonomik durumu oturduğu semt, sosyal güvenceye sahip olmayı ve çocukların büyüme gelişme durumunu etkilemektedir. Dezavantajlı bu çocukların özenle takip edilmesi, annelere beslenme eğitimi verilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: çocukluk çağı malnütrisyonu, boy kısalığı, zayıflık, sosyo ekonomik düzey

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA EN SIK
KARŞILAŞACAKLARINI DÜŞÜNDÜKLERİ SAĞLIK SORUNLARININ ARAŞTIRILMASI**

Yrd.Doç.Dr. Ercan GÖÇGELDİ, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA

Prof.Dr. Süleyman CEYLAN, GATA Halk Sağlığı AD ANKARA

Doç.Dr. Muharrem UÇAR GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD

Yrd.Doç.Dr. Hakan Yaren GATA KBRN BD

Uz.Dr. Hür HASSOY Ege Ü.Tıp Fak.Halk Sağlığı AD

Amaç: Bu çalışmada, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi öğrencilerinin mezun olduktan sonra görev yapacakları birinci basamak sağlık kuruluşlarında en sık karşılaştıklarını düşündükleri sağlık sorunlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte düzenlenen bu çalışma Kasım 2006-Şubat 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Soru formunun tüm öğrencilere uygulanması hedeflenmiş, soru formu sınıflara dağıtılmış, yaklaşık olarak yarısından soru formları geri alınabilmiştir (401/808, %49,6).

Öğrencilerden mezun olup hekim olarak göreve başladıklarında en sık karşılaştıklarını düşündükleri 5 hastalığı yazmaları istenmiştir.

Öğrencilerin en sık karşılaştıklarını düşündükleri hastalıkların dağılımı sınıflara göre ve ilk üç sınıf ve son üç sınıfa göre ayrı ayrı değerlendirilmiş, belirtilen hastalıkların sınıflara göre değişimi incelenmiştir.

Silahlı Kuvvetlerde görev yapan erbaş ve erler dahil tüm asker personelin, ilgili mevzuat gereği asgari sağlık standartlarına sahip olan kişiler olduğunun göz önünde tutulması yararlı olacaktır.

Bulgular: Çalışmaya tüm sınıflardan hemen hemen aynı düzeyde katılım gerçekleşmiştir. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı birinci sınıftan itibaren şu şekildedir: %17.0(n:68), %15.5(n:62), %17.5(n:70), %16.2(n:65), %15.7(n:63), %18.2(n:73).

Katılımcıların %87.0'si, tıp eğitiminin mezun olduklarında en sık karşılaştıklarını hastalıklara yönelik olması gerektiğini, %46,9'u ise halen sürdürülen eğitimin en sık karşılaştıklarını hastalıklara yönelik olduğunu belirtmişlerdir.

Tüm öğrencilerin mezun olup göreve başladıklarında en sık karşılaştıklarını düşündükleri ilk 10 hastalık sıklık sırasına göre şu şekildedir: üst solunum yolu enfeksiyonları, ayak mantarı, gastroenterit, ortopedik travmalar, alt solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, diabetes mellitus, acil, enfeksiyonlar-bulaşıcı hastalıklar, kalp-damar hastalıkları. Öğrencilerin en sık karşılaştıklarını düşündükleri hastalıkların dağılımı ayrıca ilk üç sınıf ve son üç sınıf şeklinde değerlendirilmiş, belirtilen hastalıkların sınıflara göre değişim gösterdiği ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p<0,05): İlk üç sınıftaki öğrencilerin en sık karşılaştıklarını düşündükleri hastalıkların ilk beş sırasında; ÜSYE, kalp-damar hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon, enfeksiyonlar-bulaşıcı hastalıklar yer almışken, son üç sınıftaki öğrencilerde ÜSYE, gastroenterit, ayak mantarı, ortopedik travmalar ve alt solunum yolu enfeksiyonları ilk beş sırayı almıştır.

Sonuç: Çalışmaya katılmış olan Tıp Fakültesi öğrencilerinin göreve başladıklarında en sık karşılaştıklarını düşündükleri sağlık sorunlarının sınıflara göre farklılık gösterdiği, mezuniyet yaklaştıkça ve hastalarla karşılaştıkça, birinci basamakta sık görülen sağlık sorunlarını bildirme oranlarının arttığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp eğitimi, sık görülen hastalıklar, asker, birinci basamak.

KUŞ GRİBİ VE ETİK; BİR OLGU SUNUMU

Esin Kulaç *, Ahmet Can Bilgin **

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Amaç: Kuş gribi (avian influenza), son yıllarda dünyada ve ülkemizde kaygı verici bulaşıcı hastalıklardandır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003-2009 yılları arasında bildirilen laboratuvar tanıli hasta sayısı 436'dır. Yine bu yıllar arasında kuş gribine bağlı ölüm sayısı 262'dir. Tüm dünyada, hastalıkla savaşımında sağlık çalışanlarının durumu, olanakların sınırlılığı ve bireysel hak ve özgürlükler gibi alanlarda etik tartışmalar yoğunlaşmıştır.

Bu çalışmanın amacı; 2006 yılında, Kastamonu'da kuş gribi tanısı alan bir olgudan yola çıkarak, kuş gribi konusunda yaşanan etik sorunları irdelemektir.

Gereç Ve Yöntem: 2006 Yılında, Kastamonu Yürekveren Köyü'nde kuş gribi tanısı alan ve sağaltımları tamamlanmış iki çocuğun ailesi ile görüşme yapılmıştır. Görüşme öncesinde gerekli izinler aileden alınmıştır. Görüşmenin tamamı videoya çekilmiştir. Görüşmenin çözümlenmesi yapıldıktan sonra etik sorunlar irdelenmiştir.

Bulgular Ve Sonuç: Çocukların ailesi, geniş aile yapısında olup, sebze satımı ve hayvancılıkla geçimini sağlamaktadır.

Televizyon'da kuş gribiyle ilgili haberlerde güvercinlerden söz edilmesi dedeyi kaygılandırır. Torunları, ölü bir güvercinle oynamıştır. Aile, çocuklarda hiç belirti olmamasına karşın onları hastaneye götürür. Doktor, "ilaç yazıp göndereceksen", dede ısrarla kuş gribi kaygısını dile getirir; ölü güvercininden söz eder. Sonunda doktor, diğer doktorlarla da görüşüp çocukların sevkine karar verir.

Aile ve çocuklar, ambulansla Keçiören'de bir hastaneye götürülür. Dede yine ambulansla geri döner. Anne, kuş gribinden kuşku duyulan iki çocuğuyla 12 gün yoğun bakımda kalır. Baba da diğer çocuğuyla servistedir. Korkuyla, kaygıyla geçen bu sürede aile yeterli bilgi aldığını düşünmez: Kuş gribini sorduklarında "ölümcül" yanıtını alırlar. Çocukların durumu hakkında "merak etmeyin, tedavilerini sürdürüyoruz, sonuçları bekliyoruz" denir. Yapılan incelemeler sonunda kuş gribi ön tanısı kesinleşir. Doktorlar, aileye gösterdikleri duyarlılık nedeniyle teşekkür ederler.

Çocuklar, hastaneden döndükten sonra okula gidemezler. Çocuklar, moralleri düzelsin diye başka bir köydeki teyzelerinin yanına gönderilir. Komşular, kuş gribi nedeniyle aileyle ilişkiyi keser.

Bu sırada köy karantinaya alınır. Köye giriş çıkışları jandarma denetler. Karantina, 10-15 gün sürer.

Olay yerel ve ulusal medyada yankı bulur. Bu yolla ailenin kimliği açığa çıkar.

Tavuklar itlaf edilen köylü, aileyi olayı büyüttükleri için suçlar.

Sebzecilik ve hayvancılık yapan aile bu süreçten ekonomik olarak etkilenir. Ankara'ya gidilen dönemde sebzcilik yapamazlar. Kurban bayramı öncesi sattıkları hayvanlar kuş gribi nedeniyle geri verilir. Baba, işinden çıkartılır.

Sonuç olarak; olgumuzda bilgi alma hakkı, bildirim gizliliği, sosyal dışlanma, karantina, itlaf ve iletişim gibi alanlarda etik sorunlar yaşanmıştır.

Anahtar Sözcükler: kuş gribi, etik,

DENİZLİ İLİ KENT MERKEZİNDE DOĞALGAZ KULLANIMININ HAVA KİRLİLİĞİ DÜZEYİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof.Dr. Ali İhsan BOZKURT ¹, Dr. Evrim GÜRHAN ¹,

¹ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, DENİZLİ

Amaç: Denizli’de kışın hava kirliliği önemli bir sorundur. 2006 Kasımında doğalgaz gelmiş ancak 2007- 2008 kışından itibaren ısınma amaçlı doğalgaz kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Çalışmanın amacı; il merkezindeki hava kirliliği düzeyini değerlendirmek, doğalgaza geçiş öncesi ve sonrasındaki dönemlerin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmada Ekim 2005-Haziran 2009 döneminde Denizli kent merkezinde hava kirliliği ölçümleri incelenmiştir. Veriler Çevre ve Orman Bakanlığı hava kalitesi izleme ağı kayıtlarından elde edilmiştir. Kayıtlardan kükürt dioksit(SO₂) ve partikül madde(PM₁₀) için her gün için 24 saatlik ve 6 saatlik (18- 24 saatleri arası) ortalamalar direk olarak elde edilmiştir. Ayrıca her iki kirletici için “aylık ortalamalar” hesaplanmıştır.

Bulgular: Denizli il merkezinde SO₂ ve PM₁₀ düzeyleri birlikte artış ve azalışlar göstermekle ve partiküler kirlilik daha ön plandadır. Son dört yılın kış sezonları karşılaştırıldığında; 2005- 2006 kış sezonunda PM₁₀’de HKDYY sınır değeri olan 300 µg/m³’ün aşıldığı günlerin oranı %9.5, 2006- 2007 kış sezonunda %17.7’iken doğal gaz kullanımının başladığı 2007-2008 kış döneminde %4.4’e, 2008-2009 kış sezonunda ise %0.6’ya düşmüştür. Ancak AB sınır değeri olan 50 µg/m³ esas alındığında ilk iki kış sezonunun tamamında, 2007- 2008 kış sezonunda ölçüm yapılan günlerin %97,5’inde ve 2008- 2009 kış sezonunda % 88.5’inde PM₁₀ düzeyi bu sınırın üzerindedir.

SO₂ açısından değerlendirildiğinde; AB sınır değeri olan 125 µg/m³ esas alındığında 2005-2006 kış sezonunda ölçüm yapılan günlerin %40.5’inde, 2006- 2007 kış sezonunda %52,2 ’inde, doğalgaz kullanımı sonrası 2007- 2008 kış sezonunda %9,4’ünde ve 2008-2009 kış sezonunda %2,2’sinde SO₂ düzeyi bu sınırın üzerindedir

Sonuç: Denizli kent merkezinde kış aylarında çok yüksek düzeylerde ve partiküler kirliliğin daha ön planda olduğu hava kirliliği vardır. Konutlarda doğal gaz kullanımına geçilmesinden sonra hava kirliliği azalmış olmakla beraber PM₁₀ düzeyi halen tehlikeli boyutta ve kriterleri karşılamaktan uzaktır.

Anahtar kelimeler: Denizli, hava kirliliği, doğalgaz, PM₁₀, SO₂

YATAN HASTA VE REFAKATÇİLERİNİN GÖZÜYLE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE SİGARA YASAĞINA UYUM DURUMU

Özgür ÖNAL*, Serdar AYKUT**, Hayri ELİÇABUK**, Güven ERBAY**, Seda GÜLBAR**, Orhan KARA**, Meryem ÖZDAMAR**, Kerem TEKE**, Çağlayan YAVUZ**, Ali İhsan BOZKURT***

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (Pautf) Araş. Gör. Dr. , **Pautf 2008-2009 İntörn Grubu, ***Pautf Prof. Dr.

Amaç: Hastaneler 4207 sayılı yasa gereği kapalı alanlarında sigara içilmesi yasaklanan ilk kurumlardandır. Bu çalışmada yatan hasta ve refakatçileri gözüyle hastanenin sigara yasağına uyumu ve hasta ve refakatçilerin bu konuda bilgi tutum ve davranışları araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 23-24 Aralık 2008 tarihlerinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kınıklı Hastanesinin yataklı servislerinde bulunan, görüşme olanağı olmayan hastalar (tecrit, yoğun bakım vb) ve görüşmeyi kabul etmeyenler (4 hasta, 3 refakatçi) dışında tüm hastalar ve refakatçiler çalışmaya alınmıştır. Hasta ve refakatçilere yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmış ve veriler SPSS 10.0 istatistik programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 117 hasta ve 159 hasta yakını katılmıştır. Görüşmeyi kabul etmeyen sadece 8 kişidir. Katılımcıların yaklaşık yarısı kadın yarısı erkektir. Katılımcıların yaklaşık %20'si halen sigara içmekte, %23'ü bırakmıştır. Halen sigara içenlere "hastanede kalmakta iken nerede sigara içiyorsunuz" sorusuna yaklaşık %75'i bahçede yanıtı vermiştir. Ancak özellikle yangın merdiveni ve tuvalette içenler dikkati çeken orandadır.

Katılımcılara arasında "hastanede kapalı alanlarda sigara içildiğini fark ettim" diyenlerin oranı %25, "kül tablası, duman gibi sigara içildiğine dair belirti gördüm" diyenlerin oranı ise %14' dür. Sağlık personelinin içtiğini görenlerin oranı ise %7'dir.

Hasta ve hasta yakınlarına tütün yasağı sorulduğunda ise %91'i gereklidir yanıtı vermiştir.

Sonuç: Hastaneler tütün ürünlerinin içilmemesi gereken yerler arasında ilk sırada gelmektedirler. Buna karşın sigara içiminin sağlık personeli arasında oldukça yaygın olduğu da bilinmektedir. Hastanelerde sigara yasağına uyumunun yatan hastalar ve hasta yakınları gözüyle incelenmesi varsa aksamaların saptanması açısından yararlı olacağı düşüncesi ile bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Hasta ve yakınlarının %25'inin hastanenin kapalı alanlarda sigara içildiğini fark etmesi, %14'ünün sigara içilme belirtilerine şahit olması yasağa tam uyulmadığının bir göstergesidir. Yaklaşık %20'si sigara içen grubun yaklaşık %91'inin yasanın gerekli olduğunu belirtmesi, yasanın içmeyenlerin yanı sıra içenlerde bile kabul gördüğünü teyit etmektedir.

Hastanelerimizde sağlıklı hiç uyuşmayan ve yasal olmayan sigara içiminin düşük oranlarda bile olması hastane yöneticilerimiz ve çalışanlarının bu konuda daha titiz davranmaları gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Yasak , Hastane,

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE EKİP ANLAYIŞININ YOK OLUŞU: MANİSA ÖRNEĞİ

Aynur Ç. ÇETİNKAYA*, Dilek ÖZMEN*, Seval CAMBAZ ULAŞ*, Ayşe Nur TUNCA**

*Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu,

** Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi konusunda vazgeçilmez ve en önemli basamaktır. Mesleki rollerin ayrımının tam olarak yapılamadığı sağlık hizmeti sunumunda ekip anlayışı zorunludur. Bu çalışmada ülkemizde yaygınlaştırılan Aile Hekimliği Modelinin uygulanması ile uygulama öncesi ve sonrasında Manisa il merkezinde birinci basamakta görev yapan "aile sağlığı elemanlarının" yani hekim dışı sağlık personelinin durumu değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmada, Manisa'da Ocak 2008 tarihinde başlayan Aile Hekimliği Uygulaması öncesi, 2007 yılı Personel Dağılım Cetveli (PDC)'ne göre merkez sağlık ocaklarında görev yapan sağlık personeli (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru) sayıları (n=243) ve Aile Hekimliği Uygulaması sonrası Manisa il merkezinde görev yapan sağlık personeli sayıları (n=162) dağılımları karşılaştırılmıştır. Manisa il merkezinde 2007 yılında 11 sağlık ocağı bulunurken, Ocak 2008 tarihinden itibaren de 12 aile sağlığı merkezi hizmet vermektedir. Veriler için il Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzde dağılımları kullanılmıştır.

Bulgular: Manisa il merkezinde Aile Hekimliği uygulaması öncesi sağlık ocaklarında görev yapan 243 sağlık personelinin 45.7'sini ebe, %30.4'ünü hekim, %13.2'sini hemşire, %10.7'sini sağlık memuru oluştururken; Aile Hekimliği uygulaması ile görev yapan 162 sağlık personeli dağılımı %42.6 ebe, %50.0 hekim, %7.4 hemşire şeklinde değişmiştir. Aile sağlığı merkezlerinde hiç sağlık memuru görev yapmamaktadır (%0.0). Uygulama ile birlikte birinci basamakta görev yapan sağlık personeli sayısı %19.3 oranında azalmıştır. Aile Hekimliği Uygulaması başladıktan sonra birinci basamakta görev yapan halk sağlığı hemşiresi oranı yarı yarıya azalırken, (azalma oranı %13.2'den %7.4'e), sağlık memurluğu birinci basamaktan silinmiştir ve ebe sayısındaki %8.6'luk azalma da dikkat çekicidir. Aile Hekimliği Uygulaması sonrasında yalnızca hekim sayısında %15.9'luk bir artış söz konusu olmuştur. Oysaki bilindiği gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip anlayışı vazgeçilemez bir durumdur. Ekip anlayışının olmadığı sağlık hizmetinde bütüncül sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir.

Sonuç: Bu çalışma ülkemizde yaygınlaştırılan Aile Hekimliği uygulaması ile Manisa ilinde ekip kavramının ortadan kalktığını ve ekip içinde hekim dışı personel sayısında kısıtlamaya gidildiğini gösteren önemli bir çalışmadır. Topluma verilen hizmetlerin bir bütün içinde sunulabilmesi için ekip anlayışı ile sağlık personeli dağılımlarının adil ve gereksinime göre olması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, ekip anlayışı, birinci basamak.

2006-2009 YILLARINDA DİYARBAKIR'DA YAPILAN İNFLÜENZA SÜRVEYANSI

Ali CEYLAN¹, Vedat DORMAN², Demet YALIM², Halise KAYA ÖNER², Evrim ARSLAN¹, Belkıs LEVENT³, Gülay KORUKLUOĞLU³,

¹D.Ü.TF Halk Sağlığı AD., ²Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü, ³Ankara RSHM Başkanlığı,

Giriş Ve Amaç: Son yıllarda Avian İnflüenza (H5N1) ve Domuz gribi (H1N1) salgını nedeniyle İnflüenza sürveyansı önem kazanmıştır. Bu çalışma sentinel sürveyans kapsamında yer alan Diyarbakır'da 2006-2009 yılları arasında grip mevsiminde yapılan sürveyans çalışmalarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (TSHGM) 2004/1534 sayılı yönergesine göre İnflüenza C sınıfında, sentinel sürveyansla bildirim ve takibi yapılan hastalıklardandır. Sağlık Bakanlığının 2005/156 sayılı Daimi Genelgesi doğrultusunda İnflüenza sürveyansı 9 Ekim 2006 tarihinde, 14 ilde başlamıştır. Genelgeye göre her il bölgelerine hâkim, bölge dışı hasta sayısı minimum olan 10 sağlık ocağı ve gönüllü hekimler belirleyecektir. Bu merkezler, haftalık poliklinikte saptadığı İnflüenza Benzeri Hastalık (Olası Vaka) sayılarını ve Çarşamba günleri, başvuran olası vakalardan birinden, tanı için *nasofaringeal aspirat örneği* olarak İl Sağlık Müdürlüğüne (SM) iletecektir. SM'leri bildirilen vakaları, izleyen haftanın Salı günü TSHGM'ne elektronik ileti aracılığıyla aktaracak, tanı için alınan örnekleri, belirtilmiş olan laboratuvara gönderecektir. Laboratuvarlardan sonuçlar TSHGM'ne elektronik ortamda gönderilecektir. Sürveyans ile ilgili bilgilerin analizi ile laboratuvar sonuçları, TSHGM'nce SM'leri, laboratuvarlar, sağlık ocakları ve hekimlere gönderilecektir. Vaka Tanımı; kişide başka bir nedenle açıklanamayan, ani başlangıçlı ateş (>38°C) ve öksürük ve/veya boğaz ağrısı ile karakterize hastalık; *Olası Vaka:* Klinik tanımlama ile uyumlu vaka; *Kesin Vaka:* laboratuvarla doğrulanmış *olası* vaka olarak belirlenmiştir. Diyarbakır'da genelgeye uygun olarak 10 sağlık ocağı ve 2 gönüllü hekim sürveyansa katılmıştır. Dünyada görülen Domuz gribi (H1N1) salgını nedeniyle 2009 yılı haziran ayından itibaren ülkemizde günlük sürveyans yapılmaktadır.

Bulgular: 2006-2007 grip mevsiminde toplam 5534 olası vaka (Ekim791, Kasım1261, Aralık 802, Ocak 1081, Şubat 563, Mart 239, Nisan 533, Mayıs 402, Haziran 283), 2007-2008 döneminde 4514 olası vaka (Kasım 711, Aralık 674, Ocak 784, Şubat 531, Mart 617, Nisan 566, Mayıs 348, Haziran 283) bildirilmiştir.

2008-2009 grip mevsiminde ise toplam 10350 olası vaka (Ekim 1046, Kasım 1438, Aralık 1065, Ocak 1755, Şubat 1304, Mart 1410, Nisan 1178, Mayıs 723, Haziran 422) bildirilmiştir. Dünyada (H1N1) vakalarının görülmeye başlaması ile birlikte 5 Mayıs'tan itibaren tüm kurumlardan günlük bildirim alınmaya başlanmıştır. 5 Mayıs -31 Temmuz tarihleri arasında 5467 günlük bildirim yapılmış, bunlardan 1 domuz gribi şüpheli vakadan alınan örnek sonucu negatif gelmiştir.

2006-2007 döneminde olası vakalardan alınan örneklerde, 16 İnf-B, 10 İnf-AH3, 6 Adenovirüs, 4 İnf-AH1, 2 Parainflüenza ve 1 RSV üremiştir. 2007-2008 dönemindeki Olası vakalardan alınan örneklerde; 17 İnf-B, 3 İnf-A, 7 İnf-AH1, 10 İnf-AH3, 3 Parainflüenza üremiştir. 2008-2009 döneminde ise, 26 İnf B, 1 İnfAH3ve 1 RSV saptanmıştır.

Sonuç: İnflüenza sürveyansı; virüsün subtiplerinin veya yeni varyantlarının tanımlanması ve erken dönemde saptanmasında büyük önem taşımaktadır.

DİYARBAKIRDA AYNI YEMEK FABRİKASINDAN KAYNAKLANAN 2 BESİN ZEHİRLENMESİ SALGINI

Vedat DORMAN,¹ Selda ASLAN,² Ali CEYLAN,³ Belkis LEVENT⁴, MD, Ahsen ONCUL², Erdal OZBEK⁵, Ekrem YASAR⁶, Sabahattin MURATOGLU⁷, Ugur CEVRİM⁸, Namık Kemal KUBAT,¹ Esat Rıdvan DİKLELİ¹, Serda GULSUN²

¹ İl Sağlık Müdürlüğü, Diyarbakır. ²Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği. ³D.Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Diyarbakır. ⁴Ankara RSHM Mikrobiyoloji Lab. ⁵Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji lab. ⁶Diyarbakır Çocuk Hastanesi Mikrobiyoloji lab. ⁷Diyarbakır Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüğü. ⁸Tarım İl müdürlüğü Gıda kontrol Şubesi

Giriş: Bu çalışma, aynı yemek fabrikasından kaynaklı ardışık iki besin zehirlenmesi salgının incelenmesi ve alınan koruma ve kontrol önlemlerinin raporlanması amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

Yöntem: Salgın inceleme basamaklarına uygun olarak salgın varlığının saptanması, tanının doğrulanması, salgından etkilenenlerin kişi-yer-zaman özelliklerinin saptanması, olası kaynağın bulunması, risk altındakilerin belirlenmesi, yeni vaka aranması, koruma ve kontrol önlemlerinin alınması ve raporlama işlemleri yapılmıştır. Vakalara ve bulgu göstermeyen gruba yapılandırılmış bir anket uygulanmış, alınan gıda, su ve gaita örneklerinin bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yapılmıştır.

Bulgular:

1. gıda zehirlenmesi; 18.02.2009 tarihinde saat: 20:03'te Eğitim ve Araştırma Hastanesine bir çok kişinin bulantı, kusma, ateş ve ishal gibi şikayetler ile başvurduğu ihbarı geldi. Acil servis kayıtları incelendi. Diyarbakır merkezinde bulunan 2 tane kız ve 2 tane erkek öğrenci yurdunda kalan 42 öğrencinin benzer şikayetler ile saat 15:00'dan itibaren başvurduğu tespit edildi. Diğer hastanelerle temas kuruldu. 18 Şubatta toplam 93 ve 22 Şubatta 1 olmak üzere toplam 94 vaka bulundu. 19.02.2009 tarihinde Hastane Başhekimleri, Sağlık Grup Başkanları, Bölge Hıf. Müdürlüğü, ve D.Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı temsilcileri ile toplantı yapılarak ortak eylem planı hazırlandı. Son 3 günde verilen yemeklerden örnekler alındı. Kimyasal ve Bakteriyolojik su örnekleri alındı. Vaka tanımı yapıldı. (19.02.2009 tarihinden itibaren kusma veya ishal ile birlikte, ateş, karın ağrısı, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, bulantı, kusma şikâyetlerinden en az birine sahip kişi), ancak yeni vaka arama ve bulgusu olmayan kişilerle görüşme olanağı bulunamadı. Salgında etkilenen öğrencilerin %59,3'ü 15-19 yaş grubundadır. 18.02.2009 tarihinde Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan 22 hastanın gaita kültürlerinde Salmonella spp izole edildi. Alınan gıda örneklerinde E.coli, S.aureus ve Salmonella üretildi.

2. gıda zehirlenmesi; 24.02.2009 tarihinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi İntaniye servisinde görevli Dr. Selda ASLAN tarafından bulantı, kusma, ateş ve ishal yakınması ile çeşitli hastaların başvurduğu ve 3 hastanın gözlem altında tutulduğu ihbarı yapıldı. Hastalarla yapılan görüşmelerde hastaların aynı yerleşke içinde bulunan 2 okul ve bir yurttaki kalan öğrenci, öğretmen ve çalışanların olduğu anlaşıldı. Bu kurumların da birinci salgının olduğu yemek fabrikasından yemek aldığı belirlendi. İzleyen günler olan 23 Şubatta 3, 24 Şubatta 188, 25 Şubatta 48, 26 Şubatta 12 olmak üzere toplam 252 kişinin benzer yakınmalarla hastanelere başvurduğu belirlendi. 39 hastadan alınan gaita örneğinin 30'unda salmonella spp üredi. 23 çalışanın gaita örneğinde üreme olmadı. *Alınan gıda numunelerinde pilavda B.cereus ve S.aureus, yeşil salatada E.coli ve S. enteritidis üredi.*

Sonuç: Aynı yemek firmasından yemek servisi yapılan okul ve yurtlarda yeterli önlem alınmadığı için 5 gün ara ile iki gıda zehirlenmesi salgını meydana gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Besin Zehirlenmesi, S. Enteritis, salgın incelemesi

ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Saliha EKER¹, Müzeyyen ÖZLÜ¹, Bahar DİLEK¹, Semra KOCAÖZ², Ayla NARİN³

¹ Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Öğrenci

² Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Öğretim Üyesi

³ Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Öğretim Görevlisi
narinay@hotmail.com

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin toplumsal yaşam, aile yaşamı, çalışma ve evlilik yaşamı ile ilgili toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu'ndaki ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerine uygulanmıştır. Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, 361 ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş tüm öğrencilere anket formu uygulanmaya çalışılmıştır. Ancak araştırmanın uygulandığı 02-11 Nisan 2009 tarihleri arasında bazı öğrencilere ulaşılamaması ve bazılarının ise çalışmaya katılmak istememesi üzerine, araştırmanın örneklemini 264 öğrenci (243 kadın, 21 erkek) oluşturmuştur (Evrenin %73.1'i). Araştırmanın verileri, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 25 soru ve 41 önermeden oluşan anket formuyla toplanmıştır. Anket uygulamadan önce öğrencilere araştırmanın amacına ilişkin bilgi verilerek sözel izinleri alınmış ve anket formu dağıtılarak, bireysel olarak doldurmalarını istenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ve önermelere ilişkin tanımlayıcı istatistikler için yüzde, karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %92'sinin kadın, %66'sinin düz lise mezunu, %69.3'ünün kendi isteğiyle mesleğini seçtiği, %53.4'ünün yurttan kaldığı, %40.1'inin üç kardeşe sahip olduğu, %34.8'sinin il merkezinde yaşadığı ve %91.2'sinin çekirdek aileye sahip olduğu tespit edilmiştir.

"Kadın kocasından izin almadan çalışmamalıdır" önermesine kadınların %90.5'inin ve erkeklerin %34.6'sının katıldığı belirlenmiştir. "Kadınların akşam tek başın sokağa çıkmaları doğru değildir" önermesine kadınların %33.6'sının ve erkeklerin %76.2'sinin katıldığı tespit edilmiştir. "Erkek bebeklere pembe giysiler giydirilmesi doğru değildir" önermesine kadınların %35.4'ünün ve erkeklerin %66.7'sinin katıldığı belirlenmiştir. Cinsiyet ile bu önermeler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

"Bir erkeğin evleneceği kadın mutlaka bakire olmalıdır" önermesine kadınların %33.2'sinin ve erkeklerin %70'inin katıldığı saptanmıştır. Bu önerme ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

"Evli ve çalışan bir kadının, erkek iş arkadaşı ile iş yemeğine gitmesi doğru değildir" önermesine kadınların %26.1'inin ve erkeklerin %65'nin katıldığı, "Kız çocuğunun erkek arkadaşını eve getirmesi doğru değildir" önermesine kadınların %36.9'unun ve erkeklerin %56.4'ünün katıldığı ve "Ekonomik bağımsızlığını kazanan kızların ailesinden ayrı bir ev kurmaları doğru değildir" önermesine kadınların %39.5'inin ve erkeklerin %75'inin katıldığı saptanmıştır. Bu önermeler ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuçlar: Araştırmamızda erkek öğrencilerin sayısının az olması ve tüm öğrencilerin araştırmaya katılmaması nedeniyle, önermeler ile kadın ve erkeklerin görüşleri arasındaki farklılıkları değerlendirmede güçlükler yaşanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin çalışma yaşamı, toplumsal yaşam ve aile yaşamı ile ilgili toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tüm görüşleri incelendiğinde, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha geleneksel bir bakış açısına sahip oldukları göze çarpmaktadır. Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Toplumsal cinsiyet ile ilgili düzenlenecek sempozyum ve panellerde konunun öğrenciler tarafından tartışılması ve toplum tarafından biçimlendirilmiş geleneksel görüşlerinin farkına varmalarının sağlanması

Çalışmanın daha geniş popülasyonda ve tüm üniversite öğrencileri üzerinde tekrar yapılması

Konuya ilişkin düzenlenen akran eğitimleri ile üniversite öğrencilerinin farklı üniversite ve kurumlarda bu bilgilerini aktarmalarının desteklenmesi

Üniversite gençliğinin toplumsal cinsiyet bakış açılarını daha geniş çapta belirlemek ve bölgesel farklılıkları ortaya çıkarmak amacı ile araştırmaların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık Yüksekokulu

PELVİK MUAYENE SIRASINDA KADINLARIN ANKSİYETESİNİN AZALTIKILMASINDA EBELİK YAKLAŞIMININ ETKİSİ

Ayşe Gül TÜRKMEN¹, Yasemin ALTUNTAŞ¹, Tuğba PATIR¹, Ferdane AKYÜZ¹, Semra KOCAÖZ²,
Ayla NARİN³

¹ Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Öğrenci

² Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Öğretim Üyesi

³ Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Öğretim Görevlisi
narinay@hotmail.com

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, pelvik muayene sırasında kadınların anksiyetesinin azaltılmasında ebelik yaklaşımının etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, bir girişim çalışmasıdır. Araştırma grubunu, 16 Mart-01 Mayıs 2009 tarihleri arasında Niğde Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nin jinekoloji polikliniğine başvuran 100 kadın (50 girişim ve 50 kontrol) oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır. Girişim grubuna muayene sırasında planlı ebelik girişimleri (Polikliniğe gelen kadını muayene masasına alma, tanışma, öykü alma, muayeneyi açıklama, muayenede kullanılacak aletleri ve işlemleri anlatma, hastanın yanında olma gibi 16 madden oluşan işlem basamaklarından oluşmaktadır.) uygulanmış, kontrol grubuna ise poliklinik rutinleri uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, kadınların tanıtıcı özelliklerini ve muayeneye ilişkin bilgilerini içeren 11 adet sorudan oluşan anket formuyla ve Le Compte (1985) tarafından dilimize uyarlanarak, geçerliliği ve güvenilirliği test edilen "Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri yüzdelik, ortalama, Ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi ve Yates düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Muayene öncesi ve sonrası girişim ve kontrol grupları arasındaki anksiyete puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız gruplarda t-testi kullanılmıştır. Muayene öncesi ve sonrası her iki grubun kendi içindeki anksiyete puanları açısından değişimini değerlendirmek amacıyla bağımlı gruplarda t-testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların %36'sının 20-29 yaş grubunda, %65'inin ilköğretim mezunu, %92'sinin çalışmadığı, %97'sinin medeni durumunun evli, %82'sinin sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir. Girişim ve kontrol grubu kadınları arasında yaş grubu, çalışma ve medeni durumu, yerleşim yeri ve sağlık güvencesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Girişim ($X=40.20$) ve kontrol ($X=39.18$) grubundaki kadınların muayene öncesindeki durumluluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç, her iki grubun benzer özellik göstermesi bakımından önemlidir.

Girişim ($X=24.54$) ve kontrol ($X=32.38$) grubunda yer alan kadınların muayene sonrasındaki durumluluk anksiyete puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuçlar: Uygulamaya ayrılan sürenin kısıtlı olması ve sadece araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların çalışmaya alınması, araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Araştırmada pelvik muayeneye gelen anksiyete yaşayan kadınlara uygun destekleyici ebelik yaklaşımının kadınların yaşadıkları anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- 1- Jinekolojik muayene süresi içerisinde kadının ihtiyaçlarına uygun destekleyici ebelik yaklaşımının uygulanması,
- 2- Jinekoloji polikliniğinde çalışan ebelere anksiyeteli hastaya yaklaşım konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- 3- Ebelerin jinekolojik muayeneye gelen kadınlara kendi anatomileri ve fizyolojilerini, jinekolojik muayenenin ne olduğu konusunu rehber formlar ve eğitim programları ile vermesi,
- 4- Pelvik muayene yapılan farklı sağlık kuruluşlarında kadınların anksiyetelerini artıran ve azaltan durumların belirlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik muayene, anksiyete, ebelik yaklaşımı

TOKAT İLİ YEŞİLYURT İLÇESİ AKUT GASTROENTERİT SALGINI

N.Pınar BAYSAN*, Fatih Şua TAPAR*, Mete BAYBURTLU**, Yaşar Metin AKSOY***

*Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, **Tokat İl Sağlık Md.Yrd.

***Tokat Devlet Hast. Başhekimi, eski Tokat İl Sağlık Md.

Giriş: İshal vakalarının görüldüğü Yeşilyurt İlçesi şehir merkezine yaklaşık 50 km uzaklıktadır. İlçenin 2008 yılı merkez nüfusu 5432, köylerle birlikte 11.851'dir. İlçede 4 büyük mahalle yer almaktadır.

Amaç: Tokat İli Yeşilyurt İlçesinde 22 Aralık 2008'de görülmeye başlanan, bulantı, karın ağrısı, ishal, kusma ile seyreden vakaların kaynağına yönelik değerlendirme yapmaktır.

Gereç Ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Veriler Sağlık ocağında yapılan inceleme sonucunda SABİS'ten ve bölgenin tek sağlık kurumu olan sağlık ocağına başvuran hastalarla, hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile doldurularak elde edilmiştir. Analizlerde ki kare testi, student t testi ve tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır. Spss 10.0 programında analizler yapılmıştır.

Bulgular: 24.12.2008 tarihinde sabah erken saatlerinden itibaren Merkez Sağlık Ocağına bulantı ve karın ağrısı şikâyetleriyle başvuran hasta sayısında artmanın olduğu görülmüştür. 25.12.2008 Perşembe günü Tokat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulan ekip ve Sağlık Bakanlığı'ndan gelen ekip ile konu ile ilgili araştırma başlatılmıştır. Hastaları gören hekimlerle görüşülmüş ve vakalara ilişkin bilgiler alınarak vaka tanımı yapılmıştır. Hastalardan gaita ve su kaynaklarından su numuneleri alınmıştır. İlçe Umumi Hıfzıssıhha Kurulu olağanüstü toplanarak konuyla ilgili genel önlemleri içeren kararlar alınmıştır.

Toplam 601 vaka etkilenmiştir ve olayın en yoğun olduğu günler 24 ve 25 Aralık günleridir. Kirli çıkan su kaynaklarının kullanımı engellenmiştir. Alınan gaita örneklerinde herhangi bir bakteri, virus veya parazit bulgusuna rastlanmamıştır. İlçe su kaynaklarında yapılan klor düzeyi ölçümlerinin yetersiz olduğu izlenmiştir. İlçenin merkezinde su sisteminde süper klorlama yapılmıştır. Halka bu konu hakkında uyarılarda bulunulmuştur. Evlere gidilerek klor tabletlerinin nasıl kullanılacağı anlatılarak dağıtılmıştır. Tokat Dr.Cevdet AYKAN Devlet Hastanesi Baştabipliği'ne ve Tokat Vali Recep YAZICIOĞLU Devlet Hastanesi Baştabipliği'ne resmi yazı yazılarak Yeşilyurt İlçesinden gelen, Akut gastroenterit(K 52 veya A 09) tanılı alan hasta olup olmadığının bildirilmesi istenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 21.72±17.83 ; erkeklerin yaş ortalaması 17.65±15.66 olup yaş ortalamaları arasında fark saptanmıştır (p=0.005). Mahallere göre vakaların cinsiyet ve tanı dağılımında fark izlenmemiştir (p>0.05). Kadınlarda A09 tanısı(enfektif olduğu tahmine edilen gastroenterit) erkeklerden daha fazla konmuştur(ki kare testi , p=0.023). Primer atak hızı %6.4, sekonder atak hızı ise %3.5 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç alınan önlemlerin başarılı olduğunu göstermektedir. Su analizlerinde 24.12.2008 'de alınan su numunelerinde E. Coli ve koliform bakteri görülmüştür.

Bölgenin tek sağlık kurumu olan Yeşilyurt sağlık Ocağında bu şikâyetlerle gelen toplam 145 kişi ile görüşülmüştür. Vaka grubunun hane özelliklerine bakıldığında çoğunluğun ev tipi müstakil, içme ve kullanma suyu kaynağının şebeke suyu, tuvalet sonrası sabunla el yıkama alışkanlığının olduğu izlenebilmektedir. Kanalizasyon veya su borusu çalışması belirtme oranı düşük (%5.6,%4.2) çıkmıştır. Bireylerin semptomlarının %39'unun ilk 3 günde düzeldiği, vaka grubunda %42 oranında evde benzer şikâyetleri olduğu; mide bulantısı, karın ağrısı, ishal şikâyetlerinin fazla olduğu saptanmıştır. Cinsler arasında mide bulantısı olma durumu açısından kadınlar lehine istatistikî olarak fark vardır(ki kare testi, p=0.009). Diğer semptomlar ve cinsiyet arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Bölgede yapıldığı belirtilen su ve kanalizasyon çalışmalarının vakaların semptomları üzerine etkisi saptanmamıştır (p>0.05). Vakaların %58.4'üne reçete yazılıp eve gönderilmiştir.

Sonuç: Yeşilyurt İlçesinde görülen akut gastroenterit olgularındaki artış bir salgındır. Kaynağı içme su kaynaklarına yeni katılan ve mikrobiyolojik analizleri sonucunda uygun olmayan bir su olduğu belirlenmiş olan bir kaynaktır. İlçelerimizde hala içme ve kullanma sularının dezenfeksiyonunda sorunlar yaşanmaktadır. Bu konuda gereken önlemlerin bir an önce alınması toplum sağlığını koruması açısından son derece önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: salgın, atak hızı, akut gastroenterit, su dezenfeksiyonu

BİRİNCİ BASAMAK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN (PCAS; PRIMARY CARE ASSESSMENT SURVEY) BAZI AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMA BİRİMLERİNE AYAKTAN TANI TEDAVİ İÇİN BAŞVURANLARDAKİ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Tülay Lağarlı¹, Erhan Eser¹, Intern hekimler²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D Öğretim Üyesi

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D Araş. Gör.

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kırsal Hekimlik Stajı Intern Hekimleri

Turgay Çınar, Candost Hanedan, Hüseyin Işımlık, Seda Karaca, Yılmaz Kaya, Özgür Özkan, Mehmet Yıldız.

Amaç: PCAS (Primary Care Assessment Survey) Birinci Basamak Değerlendirme ölçeğinin (BDÖ) Türkçe sürümünün psikometrik özelliklerinin (geçerlilik ve güvenilirliğinin) ortaya konmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Standart çeviri yöntemlerine göre oluşturulan Türkçe sürüm, kişilere yüz yüze uygulanarak toplanmıştır. PCAS birinci basamak sağlık hizmetinin farklı bileşenlerini ölçmek için Kanada 'da Safran tarafından 1998 yılında geliştirilmiş birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirme(BDÖ) ölçeğidir. Ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, hasta-hekim ilişkisi(hizmet memnuniyeti), kişisel yaklaşım ve güveni içeren 7 alan ve 11 alt alandan oluşan 51 soruyu içermektedir. Ölçekte bazı alt alanlarda dönüştürme yapıldıktan sonra puanlar pozitif yönelimlidir. Puan arttıkça ölçülen hizmet özelliği iyileşmektedir. Bu metodolojik araştırmanın evreni Manisa merkez ilçeye bağlı belirli ASM lere ayakta tanı ve tedavi için başvuran kişilerdir. Toplam 7 ASB(Aile Sağlığı Birimi) 'ne 22.06.2009-02.07.2009 tarihleri arasında 09.00 -16.00 saatleri içinde ardışık olarak başvuran 1050 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada toplam 585 kişiye ulaşılmış, bunlardan %84.4'ü ankete katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılan kişi sayısı 494'tür. Araştırmanın genel kapsayıcılık oranı (494 / 1050) % 47,04 dür.

Ölçeğin güvenilirliği için (madde/boyut) boyutlar arası toplam korelasyon ve iç tutarlılık, yapı ve içerik geçerliliği için ise açıklayıcı faktör analizi (ana bileşenler) ve birleşim-ayrışım geçerliliği yöntemleri uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan kişilerin %71.7'si kadındır, yaş ortalaması 39.0±15.0'dır. Boyutlardaki taban ve tavan etkileri tüm boyutlarda önemsiz bulunmuştur (<%10). Ölçeğin güvenilirliği, madde analizleri ve iç tutarlılık (Cronbach alfa ile) değerlendirilerek yapılmıştır. Madde boyut karşılaştırılmasında boyutlarla içerdikleri maddeler arasındaki korelasyonlar, ulaşılabilirlik (0.33-0.58), süreklilik (0.50-0.84), kapsayıcılık (0.40-0.84), eşgüdüm (0.59-0.90), hizmet memnuniyeti (0.67-0.90), hekimin kişisel yaklaşımı (0.92-0.94) ve güven (0.28-0.69) boyutları için yeterli bulunmuştur. İç tutarlılık açısından da Cronbach alfa değerleri BDÖ'nin, ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, koordinasyon, hizmet memnuniyeti, hekimin kişisel yaklaşımı ve güven boyutları için sırasıyla 0.62, 0.47, 0.56, 0.84, 0.89, 0.90, 0.97, 0.57 olarak bulunmuştur. Madde çıkarılarak hesaplanan alfa değerlerine göre süreklilik alanında 'cont1', ulaşılabilirlik alanında 'fin1', kapsayıcılıkta 'rcomp1', eşgüdüm alanında 'integ6' hizmet memnuniyeti alanında 'comm6 ve exam1', güven alanında "trust4" maddeleri sorunlu olabilecek maddeler olarak dikkati çekmektedir.

Geçerliliğin sınanması amacıyla uygulanan açıklayıcı faktör analizinde ulaşılabilirlik ve süreklilik alanları dışında faktör yapısının orijinal faktör yapısıyla önemli ölçüde örtüştüğü görülmüştür. Birleşim- ayrışım geçerliliği açısından ise süreklilik boyutu için s14b ve 15b, ulaşılabilirlik boyutu için s7a ve s10a, s11a; eşgüdüm boyutu için s44, kapsayıcılık boyutu için s20a, s20b ile karşılaştırıldığında sorulara verilen yanıtların ölçekteki boyutla örtüştüğü gözlenmiştir. Güven, hizmet memnuniyeti, hekimin kişisel yaklaşımı gibi hekim hasta ilişkisinin niteliğini değerlendiren soruların tümünde de aynı örtüşme gözlenmiştir

Sonuç: PCAS (BDÖ) ölçeği içerik açısından Türkiye'deki birinci basamak hizmet özelliklerini kapsayan bir araç olarak değerlendirilebilir. Türkçe sürümün genel olarak psikometrik özellikleri 1.basamak hizmet özelliklerini ölçmede umut vaat etmektedir. Ancak bu sonuçların ayakta başvuranlar ile sınırlı olması ve hatta ayakta başvuruları yeterince temsil edememesi nedeniyle toplumu temsil eden yaygın örnekler ve farklı birinci basamak uygulamaları (sağlık ocakları, aile hekimliği birimleri) ile ilgili sonuçların elde edilmesinden sonra kesin bir değerlendirme yapmak mümkün olabilir.

Anahtar sözcükler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Değerlendirme, Geçerlilik, güvenilirlik.

DIYARBAKIR'DA YAŞLILARIN SAĞLIK SORUNLARI

İzzettin TOKTAŞ¹, Ali CEYLAN², Nuran ELMACI³

¹Arş.Gör.Dr., ²Doç.Dr., ³Prof.Dr., Dicle Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD., Diyarbakır.

drizzettin@gmail.com

Giriş Ve Amaç: Ülkemizde 2008 yılı TÜİK verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun oranı %6,84'tür. Bu da ülkemizin yaşlı toplum olmaya yakın olduğunu ve yaşlılık sağlık sorunlarının ön plana çıkacağını göstermektedir. Bu çalışma Diyarbakır'da 65 yaş üzeri kişilerin sağlık sorunlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup Diyarbakır'daki kırsal hekimlik stajı yapılan dört sağlık ocağı bölgesinde Mart-Nisan 2009 tarihleri arasında intern doktorlar tarafından yürütülmüştür. Sağlık Ocağına gelen, park, kahvehane gibi yerlerde bulunan ya da ev ziyaretleri sırasında karşılaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş üzeri 190 kişi ile yüz yüze anket tekniği ile veriler toplanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması 69,2±4,4 olup %54,7'si erkektir. %68,4'ü evli, %31,6'sı ise duldur. Öğrenim durumuna göre %54,7'si okur-yazar değil, %11,6'sı okur-yazar, %20'si ilkokul mezunu ve %13,7'si ortaokul ve üzeri öğrenim görmüştür. %96,8'inin herhangi bir sağlık güvencesi olup, bunun %47,9 yeşil karttır. Her birinin ortalama 7,1±3,0(1-16) çocuğu vardır. Katılımcıların %51,1(94)'i daha önce bir meslekte çalışmıştır.

Katılımcılardan evli olanların % 36,9'u eşi ile, % 44,6'si eşi ve çocukları ile birlikte aynı evde yaşamaktadırlar. Eşi ölenlerin % 20,7'si kendi başına yaşarken % 58,6'sı oğlunun ya da kızının yanında kalmaktadır. Kişilerin oturduğu evin %53,3'ü müstakil, %42,4'ü apartman dairesidir. %74,7'sinin ev kendisine ait iken %6,3'ün ise kirada oturmaktadır. Evde %74,7'si soba, %22,0'ı ise kalorifer kullanmaktadır. Gelir durumuna göre %36,2'si emekli maaşıyla, %53,1'i yaşlı aylığıyla geçinmektedir %18,1'inin ise herhangi bir geliri bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılanların %81,5'i kendi günlük aktivitelerini sürdürebiliyor iken kendiışlerini göremeyenlere en çok kızı (%42,9) yardım etmektedir. Erkeklerin en çok yemek yapabilme (%79,2), telefon etme (%54,2), alış-verişte (%29,2) yardıma ihtiyacı varken, kadınların ise en çok telefon etme (%75,0), alışveriş (%71,4) ve seyahat etmede (%61,0) yardıma ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

Sağlık durumunu göre %67,4'ünün herhangi bir hastalığı bulunmakta ve %52,4'ü devamlı ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %36,6'sı (68) duymakta, %31,9'u (60) yürümekte zorlandığını, %29,0(54)'i gözlük kullandığını ve %69,9'u (130) takma dişi olduğunu belirtmiştir. %18,9'unun (36) ortalama 40,8±11,6 (15-60) yıldan bu yana günde 1,4±0,9 (1-4) paket sigara hala içmektedir. Sağlık açısından %38,5'i (70) kendini hastalığından ya da yaşlılıktan dolayı kötü hissetmektedir.

Sonuç: Yaşlıların % 47,9'unun yeşil kartı ve sadece % 36,2'sinin emekli aylığı geliri varken eşi ölen yaşlıların yarıdan fazlasının oğlu ya da kızının yanında kalması yaşlılar için çocuklarının halen bir gelecek güvencesi olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan katılımcıların % 52,4'ü kronik bir hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanmakta, her üç kişiden biri duymakta veya yürümekte zorlanmaktadır. Bu da giderek yaşlanan nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda yaşlı bakım hizmetlerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık sorunları, Kronik hastalık, Yaşlı Bakımı

DIYARBAKIR'DA SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANE VE SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Gülhan YİĞİTALP¹, Ali CEYLAN²

¹D.Ü.Atatürk SYO, ²D.Ü.Tıp Fak. Halk sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Bu çalışma sağlık çalışanlarına yapılan ödeme yöntemlerinin sağlık hizmetleri üzerine etkisinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırma evrenini Atatürk Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin staj yaptığı Diyarbakır il merkezindeki 10 birinci basamak ve 4 ikinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ve 10 yıldan fazla hizmeti olan sağlık memuru ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Örneklem hesaplanmamış, araştırmaya katılmayı kabul eden 200 kişi ile görüşülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik özellikler, performansın sosyal etkileri, performans ve hizmet kullanımı, performans ve hizmet kalitesini sorgulayan toplam 50 sorudan oluşan yapılandırılmış bir anket yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %21'i erkek, %79'u kadın ve yaş ortalaması 36.7'dir. %44.5' hastanede, %47'si sağlık ocağında çalışmaktadır. Çalışma grubunun %87.5'i memur, %11.5 sözleşmeli personeldir. Ortalama çalışma süreleri 15.5 yıl, ortalama haftalık çalışma saatleri 42.9 saat, ortalama aylık maaşları 1166,5 TL, ortalama döner sermaye ya da performans gelirleri 523.6 TL'dir.

Performansın meslektaş ilişkileri üzerine etkisi oldu mu sorusuna katılımcıların %40.4 etkisi olmadı, %39.4'ü ilişkileri olumsuz etkiledi biçiminde yanıt vermiştir. Bu çalışma grubunun %47.5'i bu sürecin diğer sağlık çalışanları ile ilişkileri olumsuz etkilediğini, %51.3'ü sağlık çalışanları arasındaki dayanışmayı azalttığını, %68.0'i sağlık çalışanları arasındaki rekabeti arttırdığını, %27'si hasta ve yakınları ile ilişkiyi olumsuz etkilediğini, %23'ü toplum gözünde mesleğin saygınlığını azalttığını düşündüğünü ifade etmiştir. Çalışmaya katılan grubun %54.3'ü performansın yukarıda sayılan ilişkiler bütünü üzerinde bir etkisinin olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %44'ü performansın gelir durumunu olumlu etkilediğini vurgulamış, %36'sı çalışma süresini arttırdığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %22.2'si performansın mesleki gelişimini olumlu yönde etkilediğini ifade ederken, %35.7'si tatil ve dinlenme alışkanlığını olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Katılımcıların %67.5'i iş yükü artışını, %75.5'i gereksiz işlemlerin artışını, %74'ü hizmetin aşırı kullanımının artışını, %81.5'i gereksiz tetkiklerin artışını, %70.5'i gereksiz görüntüleme tetkiklerinin kullanımının artışını vurgulamıştır. Araştırmaya katılanların ifadesine göre görüntüleme tetkiklerinin ortalama %33.5'i, cerrahi girişimlerin %27.6'sı ve diğer tetkiklerin %39.7'si gereksiz yere yapılmaktadır.

Katılımcıların %48'i performansın iş barışını olumsuz etkilediğini ve farklı basamaklardaki sağlık kuruluşları arasındaki rekabetin arttığını (%65) belirtmektedirler. Katılımcıların %38.1'i performans sisteminden çok memnun ya da memnun iken, %39.2'si memnun olmadıklarını, %22.7'si ise hiç memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların göre performans sistemi iş kalitesini olumsuz etkileyip (%50), malpraktisi arttırmış (%49.5), koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir (%30).

Katılımcıların önemli bir bölümü ödeme sisteminin yalnızca iyi (dolgun bir maaş) olmasını (%39.5) isterken yarısından fazlası (%52.5) iyi (dolgun) bir maaş ve az miktarda prim ve/veya döner sermaye olmasını istemektedir.

Sonuç: Hekim dışı sağlık personeli birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında performansa dayalı ödeme sisteminin bir miktar gelir artışı sağlamakla birlikte sağlık çalışanları arasında dayanışmayı azalttığını, rekabeti, iş yükünü, çalışma süresini arttırdığı düşünülmektedir. Gereksiz tetkikler ve girişimlerin artması, hizmetin aşırı kullanımı çalışma grubunun önemli bir bölümü tarafından performans sistemine bağlanmaktadır. Hekim dışı sağlık çalışanları ödeme sisteminin iyi (dolgun) bir maaş ile az miktarda prim+döner sermaye olması gerektiği görüşünde birleşmektedir.

Anahtar kelimeler: Performans, birinci basamak, sağlık personeli

MERSİN İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK OCAĞI ÇALIŞANLARININ İŞYERİ SAĞLIK RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

A. Öner KURT^a, Seva ÖNER^a, Gülçin YAPICI^a, Tayyar ŞAŞMAZ^b, Resul BUĞDAYCI^b

^aYrd.Doç.Dr., MEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bDoç.Dr., MEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

onermersin@yahoo.com

Amaç: Çalışmamızda, Mersin İl Merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarının çalışma ilişkileri ile çalışma ortamı açısından maruz kaldıkları sağlık risklerinin ve bunlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç Yöntem: Kesitsel nitelikte olan bu çalışmada, Mersin İl Merkezi ve bağlı köy sağlık ocaklarında görev yapan toplam 807 sağlık çalışanına ulaşmak hedeflenmiş, çalışanların 666'sına (%82.5) ulaşılmıştır. Veriler, Haziran-Temmuz 2009 tarihleri arasında 18 soruluk veri formu ile toplanmıştır. Çalışanlar konu hakkında bilgilendirildikten ve çalışmaya katılma onayları alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul edenler veri formunu kendisi doldurmuştur. Hekimlerden üçü çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan sağlık çalışanlarının %73'ü kadın, %27.0'si erkek, yaş ortalaması 38.7±6.4 (dağılım aralığı 21-61) yıl, meslekteki görev süresi 17.2±6.4 (dağılım aralığı 2-36) yıldır. Katılanların %21.3'ü hekim, %61.3'ü ebe-hemşire ve %17.4'ü diğer sağlık personeliydi. Son bir yılda en çok maruz kalınan sağlık riskleri; akut bedensel ağrılar (%54.4), hasta ya da yakını tarafından yapılan sözlü saldırılar (%47.1), kesici delici alet yaralanmaları (%43.3), kronik bedensel ağrılar (%34.4), kusmuk, gaita, idrar vb hasta sıvıları ile temas (%32.9), yüksek ses ve gürültüyle karşılaşma (%30.9), sıcak çarpması (%24.6), yaralanma olmaksızın kayma düşme (%18.0), yaralanma olmaksızın kimyasal madde sıçramasıydı (%15.9). Çalışanların %87.2'sinin son bir yıl içinde, sorgulanan risklerden en az birisine maruz kaldığı belirlendi. Çalışanların %84.8'i iş riskleri konusunda bir eğitim almamıştı. Çalışanların %91.1'i işyerinde çalışırken sağlığının güvende olmadığını düşünüyordu.

Ebe ve hemşire grubunda diğer çalışanlara göre; kesici delici alet yaralanması (p=0.001), çalışma arkadaşları ve/veya yöneticileri tarafından yapılan tehdit, fiziksel veya sözlü saldırı (p=0.027), saha çalışmaları sırasında sıcak çarpması (p=0.001), saha çalışmaları sırasında yaralanma ile sonuçlanan (p=0.002) ya da sonuçlanmayan (p=0.001) köpek vb hayvan saldırısı daha fazlaydı. Hekimlerde diğer çalışanlara göre; hasta veya hasta yakını tarafından yapılan sözlü saldırı veya tehdit (p=0.002), hasta sıvıları ile temas (p=0.001), yüksek ses ve gürültüyle karşılaşma (p=0.001) daha fazlaydı.

Sonuç: Sağlık ocağı çalışanları işyerinde çok sayıda riske yüksek oranda maruz kalmaktadır. Sağlık ocağındaki işyeri riskleri, çalışanların mesleklerine göre belirlenmeli, şiddet başta olmak üzere bütün risk etmenleri ile karşılaşmaları için izleme ve önleme programları geliştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya yönelik çalışmalar ve yasal düzenlemeler artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sağlık ocağı, sağlık çalışanı, iş riski

EVLERDE ARTIK İLAÇ BULUNMA SIKLIĞI VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Yrd.Doç.Dr. Ercan GÖÇGELDİ GATA Halk Sağlığı AD ANKARA,

Doç. Dr. Muharrem UÇAR, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD

Doç. Dr. Cengiz Han AÇIKEL, GATA Halk Sağlığı AD

Uzm.Dr. Türker TÜRKER, GATA Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Metin HASDE, GATA Halk Sağlığı AD

Doç. Dr. Adnan ATAÇ, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD

Amaç: Sağlık hizmetinin dört temel alt yapısından birisi "ilaç"tır. Tedavinin yarım kalması, ilaç israfı, zehirlenme vb. gerekçelerle ilaçların ilgili tüm taraflarca akılcı kullanılması gerekmektedir. Bu araştırmada evlerde artık ilaç bulunma sıklığının ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte düzenlenen çalışma, iki askeri birlikte görev yapan ve bir aylık süre boyunca ulaşılabilen 692 sağlık dışı personel arasında Aralık 2006'da gerçekleştirilmiştir. Veriler geliştirilen bir soru formu ile, gözlem altında toplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak sıklık ve yüzde kullanılmış, evde artık ilaç bulunma sıklığının bazı değişkenlere göre farklılığı ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %78.8'i erkek, %72.8'i 18-39 yaş arasında, %29.6'sı bekadır.

Katılımcıların %61.3'ü evinde artık ilaç bulunduğunu belirtmiştir. Sosyodemografik özelliklerden evde yaşayan kişi sayısı 2-4 arasında olanların evlerinde artık ilaç bulunma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İlaç kullanma alışkanlıklarına göre artık ilaç bulunma sıklıkları incelenmiş; reçetenin yeterince tarif edilmediğini, ilaçları tarif edildiği şekilde kullanmadığını, tamamını kullanmadığı ilaçları son kullanma tarihi doluncaya kadar sakladığını, ilaçlarını bir kutu veya poşette sakladığını, reçete yazdırmak amacıyla sağlık kuruluşuna gitmekte sakınca görmediğini, son bir yılda reçete yazdırmak için sağlık kuruluşuna gittiğini, muadil ilaç uygulamasını uygun görmediğini belirtenlerin evlerinde artık ilaç bulunma sıklığı daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin evlerinde artık ilaç bulunduğu saptanmıştır. Tedavinin yarım kalması ve ilaç israfı açısından bakıldığında, evlerde artık ilaç bulunma sıklığının oldukça yüksek olduğu, hekimler başta olmak üzere akılcı ilaç kullanımı zincirinde sorumluluğu olan tüm kesimlerin bu konuda bilinçlendirilmesi, reçetelerin yazıldıktan sonra hastaya iyi bir şekilde tarif edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Artık ilaç, akılcı ilaç kullanımı

BİR TIP FAKÜLTESİ ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNİN PRATİSYEN HEKİM OLARAK YETERLİLİK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Yrd.Doç. Dr. Ercan GÖÇGELDİ, ¹Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU, ¹Dr. Necmettin KOÇAK, ¹Prof. Dr. Süleyman CEYLAN, ²Doç. Dr. Muharrem UÇAR

¹GATA Halk Sağlığı AD, ²GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD

Amaç: Pratisyen hekim, TSH'nin ana uygulama alanı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesidir. Askeri Tıp Fakültesinden mezun olan pratisyen hekimler, en az iki yıl birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapmaktadırlar. Bu nedenle, tıp eğitimi sürecinde öğrencinin alacağı eğitimin birinci basamağa yönelik olması çok önemlidir.

Bu çalışmada, bir tıp fakültesindeki intörnlük döneminin son ayındaki intörnlerin birinci basamakta sık karşılaşılan bazı hastalıkların tanısını koyabilme, tedavisini planlayabilme, acil durumlara müdahale edebilme, tıbbi uygulamaları ve resmi işlemleri yapabileceği konularındaki yeterlilik algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma Gülhane Askeri Tıp Fakültesinde, intörnlük döneminin son stajındaki intörnlerde Temmuz 2008'de gerçekleştirilmiştir. İntörnlerin %71.7'ine (81/113) ulaşılmıştır.

Soru formunda, Silahlı Kuvvetler birinci basamak sağlık kuruluşlarında sık karşılaşılan 14 hastalığın tanısını koyabilme ve tedavilerini planlayabilme, 12 acil duruma müdahale edebilme, 12 tıbbi uygulama ve 8 resmi işlemi yapabileceğiyle ilgili sorular yer almıştır. Soru formları gözlem altında doldurulmuştur. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların tamamının tinea pedis, ASYE, besin zehirlenmesi, hipertansiyon tanısını koymada kendini yeterli gördüğü, 5'inin (%6.2) depresyon, 8'inin (%9.9) parazitozlar, 11'inin (%13.6) derin ven trombozu tanısını koymada yeterli görmediği belirlenmiştir.

Katılımcıların 80'i (%98.8) gastroenteritin, 79'u (%97.5) ASYE ve besin zehirlenmesinin tedavisi konusunda kendini yeterli görmüş, 29'u (%35.8) menenjitlerin, 38'i (%46.9) derin ven trombozunun, 42'si (%51.9) depresyonun tedavisinde yeterli görmemiştir.

Katılımcıların 80'i (%98.8) anafeksiye, 77'si (%95.1) astım atağına, 76'sı (%93.8) AMI'a müdahalede kendini yeterli görürken, 25'i (%30.9) akut batına, 26'sı (%32.1) üst GİS kanamasına, 35'i (%43.2) doğum eylemine müdahalede kendisini yeterli görmemiştir.

Katılımcıların tamamı İM enjeksiyon, damar yolu açma ve sütür koyup alabilme konularında kendini yeterli görürken, 9'u (%11.1) nazogastrik sonda uygulama, 11'i (%13.6) atel uygulama, 26'sı (%32.1) kan ve kan ürünleri uygulamada kendilerini yeterli görmediğini belirtmiştir.

İntörnlerin 78'inin (%96.3) reçete düzenleme, 62'sinin (%76.5) sağlık eğitimi yapma, 48'inin (%59.3) travmalı hastaya adli rapor yazma konularında yeterlilik algıları yüksek, 39'unun (%51.9) personelden savunma isteme, 52'sinin (%64.2) resmi aracın sevk ve idaresi, 56'sının (%69.1) resmi sağlık raporu verme konularında düşük olarak saptanmıştır.

Sonuç: Mezuniyetlerine çok az bir zaman kala yapılan bu çalışma ile intörnlerin birinci basamakta çalışma konusunda kendilerini ne kadar yeterli gördükleri hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır.

Soru formunda belirtilen hastalıklar, müdahaleler ve uygulamalar gibi sağlık hizmetinin tıbbi teknik boyutu hakkında intörnlerin çoğunluğunda yeterlilik algısının yüksek olduğu, ancak sağlık hizmetlerinin yönetim boyutu ile ilgili olan bazı resmi işlemlerde yeterlilik algısının daha düşük olduğu değerlendirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yönetim boyutu ile ilgili bilgi ve uygulamaların eğitim programlarında artırılmasının TSH'nin ana uygulama alanı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha iyi bir şekilde sunumuna katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tıp eğitimi, intörn, yeterlilik algısı, birinci basamak sağlık hizmeti

MANİSA İLİ SALİHLİ İLÇESİNDEKİ TOPLU BESİN ZEHİRLENMESİ

Gonca ATASOYLU¹, Selahattin AYDINLI¹, Tuba Nur ÖZDEN², Galip KÖROĞLU³, Ziya TAY⁴

¹ Uz. Dr., Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü, Manisa Sağlık Müdürlüğü; ² Dr., Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, Manisa Sağlık Müdürlüğü; ³ Dr., Sağlık Müdür Yardımcısı, Manisa Sağlık Müdürlüğü; ⁴ Dr., Sağlık Müdürü, Manisa Sağlık Müdürlüğü

Amaç: Salihli'de 4 ayrı davette yenilen, aynı imalathanede, aynı gün yapılmış olan pastalara bağlı toplu besin zehirlenmesi olduğuna dair 18.05.2009 tarihli ihbarı araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Salgın inceleme ekibince Salihli İlçesine gidilerek sağlık kurumlarındaki vakalar ve hekimlerle yüzyüze görüşülmüş ve ihbarın doğru olabileceği kanaatine varılmıştır. Doğrulamak amacıyla, ilçedeki sağlık kurumlarına belirtilen tarihlerde ishal yakınmasıyla başvuran kişiler saptanmış, bu kişilerin %84,9'uyla yüzyüze ya da telefonla görüşülerek ilgili davetlere katılma ve pasta yeme durumları öğrenilmiştir. Olguların günler, yaş ve cinsiyete göre dağılımları incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde dağılımlar gösterilmiş; ortalama±standart sapma verilmiş; analitik analizde ki-kare testi uygulanmıştır. Söz konusu davetlere katılmak risk faktörü olarak alınmış; Salihli nüfusu ve anılan davetlere katılan kişiler arasında 18-27.05.2009 tarihlerinde görülen vaka sayıları üzerinden istatistik analiz yapılmıştır. İl ve İlçe Tarım Müdürlüğü sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş; alınan gıda numunesi sonuçlarının iletilmesi istenmiştir. Beş olgunun gaita örneği ve 18 olgunun gaita kültüründen Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'ne (RSHM) etken tayini yaptırılmıştır.

Bulgular: İncelemede 17-27.05.2009 tarihlerinde Salihli'de sağlık kurumlarına toplam 402 kişinin, ishal, ateş, bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınmalarıyla 523 başvuru yaptığı, kişilerin ilk başvuruların günlere göre dağılımının da sırasıyla 15, 86, 126, 62, 65, 26, 5, 6, 6, 4 ve 1 olduğu belirlenmiştir. Olguların %75,2'si 45 yaş altında, %51'i 20 yaş altındadır. Kadınlar %61'lik oranla daha fazladır. Başvuranların %32,3'ü (n=130) hastaneye yatırılarak tedavi altına alınmıştır. Olgulardan ölen olmamıştır. Olguların tamamının 17.05.2009 akşamı düzenlenen ve sadece pasta ikram edilen üç farklı düğünden birine ya da aynı akşam gerçekleştirilen ve pasta yenilen bir doğum günü partisine katıldığı ve pastaların tümünün aynı imalathanede yapıldığı öğrenilmiştir. Davetlere katılanlarla, ilgili tarihlerde Salihli'de olup bu davetlerde bulunmayanlar karşılaştırıldığında, davete katılanlarda ishal olma sıklığı daha yüksek olup, fark anlamlıdır ($\chi^2= 10.613,9$; $p<0,000$). Olguların gaita mikroskopik incelemesinde bol lökosit görülmüştür. Gaita kültürlerinde salmonella kolonisi görünümü veren üreme olmuştur. RSHM'nde yapılan tiplendirmede 5 gaita örneğinin 3'ünde, 18 besiyerinin 14'ünde Salmonella enteritidis (9,12;g,m;-) saptanmıştır. Rapor tarihi itibarı ile, Tarım İl Müdürlüğü tarafından gıda numune sonuçları Müdürlüğümüze iletilmemiştir.

Sonuç: Anılan davetlere katılma riskli durum olarak belirlenmiş, üç ayrı düğünde tek ikram olarak verilen pasta ise sorumlu besin olarak tespit edilmiştir. Besin zehirlenmelerinin önlenmesinde gıda sektörü çalışanlarının bilgi eksiklerinin giderilerek doğru tutum ve davranışları benimsemelerinin sağlanması; sektörler-arası iletişimin (Sağlık Müdürlüğü, Tarım Müdürlüğü vb.) etkin yürütülmesi; toplu etkinliklerin daha sık düzenlendiği yaz aylarında, denetimlere daha fazla önem verilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: İshal, besin zehirlenmesi, salgın incelemesi