



VI. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ
(Uluslararası Katılımlı)

14-18 NİSAN 1993
ADANA

CUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Enfeksiyon Hastalıkları

VI.
ULUSAL
HALK
SAĞLIĞI
KONGRESİ

(Uluslararası Katılımlı)

14-18 NİSAN 1998

ADANA

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
	İçindekiler		3
	Önsöz		19
	Paneller		20
	Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar	Prof. Dr. Ayşe AKIN	22
	Enfeksiyöz Gastro-Enteritler	Prof. Dr. İsmail H. DÜNDAR	28
	Konferanslar		30
	Sağlıklı Yaşama Giden Yol: Yeterli ve Dengeli Beslenme	Prof. Dr. Sevinç YÜCECAN	32
	Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Beslenmesinin Önemi	Prof. Dr. Perihan ARSLAN	36
	Sözlü Sunumlar		40
	S1 Sağlık Eğitimi,		42
	Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Aile Planlaması Eğitiminin Güçlendirilmesi Çalışması	Doç. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ, Dr. Behire ÖZEK, Dr. Nalan ŞAHİN, Prof. Dr. Münevver BERTAN	44
	Erkeklerin Aile Planlaması Eğitimi İçin Hekim Dışı Sağlık Personelinin Eğitici Eğitim	Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Onur HAMZAOĞLU	47
	Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi	Dr. M. Nihal ESİN	52
	Toplum Sağlık Gönüllülerinin Eğitim Düzeylerinin İzlenmesi	Doç. Dr. Levent AKIN, Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE	56
	Ankara'nın Kırsal Alanında (Polatlı) Toplum Sağlık Gönüllüleri	Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE, Doç. Dr. Levent AKIN, Prof. Dr. Doğan BENLİ, Dr. Sibel KALAÇA, Tülay BAĞCI (PhD)	59
	S2 Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması		62
	İstanbul'da Annelerin Emzirme Bilgi ve Davranışları	Uz. Dr. Nurhan İNCE, Prof. Dr. Yıldız TÜMERDEM	64
	Edirne Kızamık Salgınının Ortaya Çıkma Nedenleri ve Yönetimi-1997	Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Dr. Ergun DOĞANER, Dr. Leman ÜNAL, Dr. Şahin ÜNAL, Prof. Dr. Ahmet SALTİK	68
	İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Kliniğinde Bir Yıllık Norplant Deneyimi	Dr. Gül KİTAPÇIOĞLU, Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU, Dr. Asuman GÜZELANT, Gönül EKİNCİ (UYANIK), Uz. Dr. Uzeyir KIRCA	74
	Türkiye'de Evliliklerin Kuruluşuna İlişkin Özellikler ve Bebek Ölümleri İle İlişkisi	Yrd. Doç. Dr. İsmet KOÇ, Doç. Dr. Atilla HANCIOĞLU	78
	Genç Erişkin Erkeklerin Aile Planlaması Eğitimi İçin Eğitim Materyali Geliştirilmesi	Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU	79
	Erkeklerin Doğurganlık Kontrolüne Katılımı	Prof. Dr. Ayla BAYIK, Yük. Hem. Hülya BULUT	84

<u>Hangi Gün</u>	<u>Konu ve Başlık</u>	<u>Yazar</u>	<u>Sayfa No</u>
	İzmir'de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Alan Olgularla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun Onsekiz Aylık Deneyimi	Dr. Resmiye ORAL, Doç. Dr. Hamit HANCI, Dr. Demet CAN, Dr. Şükriye KAPLAN, Doç. Dr. Süha MİRAL, Dr. Nil TEPELİ, Sos. Hiz. Uz. Ayşe Gülsen BULGUÇ, Psik. Sevda POLAT, Sos. Hiz. Uz. Neriman ATEŞ, Dr. Nedret URAN, Av. Beyda TRAŞ, Doç. Dr. Sezen ZEYTİNOĞLU, Doç. Dr. Şeyda AKSEL, Doç. Dr. Işın YAPRAK	88
	Diabetes Mellitusun Neden Olduğu Prematür Mortaliteye Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları Üzerine Bir Alan Çalışması	Erhan ESER	92
	Keçiören İlçesi Çizmeci İlköğretim Okulunda Entürezis Sıklığı ve Etikli Faktörlerin Değerlendirilmesi	Dr. Nazlı DALGIÇ, Dr. Ayşe YILDIZ	98
	Ankara'daki Eczane Eczacılarının Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları	Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA, Prof. Dr. Yıldır ATAKURT, Prof. Dr. Işıl ŞİMŞEK, Ayşe GÖKSU, Uz. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	101
	Mardin ilinden 1997 Yılında Bildirilen Poliomyelit Vakalarının Değerlendirilmesi	Dr. Şehnaz TUMAY, Dr. Nilgün ŞATIRLAR, Uz. Dr. Oya Zeren AFŞAR, Dr. Gökhan ERSUNAN, Dr. Hüseyin FALAY, Dr. İbrahim YÜCESOY, Yrd. Doç. Dr. Melikşah ERTEM, Prof. Dr. Suat ÇAĞLAYAN	107
	11 İlde Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Programı. 5 Yıllık Süreçte Gözlenen Değişimler	Dr. Dilek HAZNEDAROĞLU, Dr. Handan TOPÇUOĞLU Ecz. Münip ÜSTÜNDAĞ	110
	Türkiye'de Çocuk Sağlığının Genel Durumu	Dr. Handan TOPÇUOĞLU, Dr. Dilek HAZNEDAROĞLU, Ecz. Münip ÜSTÜNDAĞ, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE	115
	İlk Doğumunu Yapan 136 Anne Üzerinde İlk Doğum Zamanını Etkileyen Faktörler Konusunda Bir Alan Araştırması	Sevda ÖZEL, Prof. Dr. Yakut IRMAK ÖZDEN	117
	S3 Sağlık Demografi, Ekonomisi ve Sağlık Hizmet Sunumu		124
	Diş Diyarbakır'a Göçle Gelen Aileler	Prof. Dr. Nuran ELMACI, Yrd. Doç. Dr. Melikşah ERTEM, Saliha GÖSTERİCİ	126
	Diş Diyarbakır Devlet ve Çocuk Hastaneleri'ne Başvuran Bireylerin Tanımlanması	Yrd. Doç. Dr. Melikşah ERTEM, Uz. Dr. Günay SAKA, Prof. Dr. Ersen İLÇİN	129
	Sağlık Ocağında Yerinde Hızlı Hizmet Değerlendirme: Yaşlı Sağlığı Örneği	Uz. Dr. Cem TURAMAN	132
	İstanbul Ümraniye'de Bir İlköğretim Okulunun Birinci Sınıflarında Yapılan Periyodik Muayenelerin Harcanan Zaman ve Etkinlik Yönünden İncelenmesi	Dr. Meltem BAKIRCI ÇAKIR, Prof. Dr. Şanda ÇALI	139
	Çalışanlarda Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörü Hesaplanmasının Erken Tanıdaki Yeri	Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN, Yrd. Doç. Dr. Cihat DÜNDAR, Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Yrd. Doç. Dr. Şennur DABAK	144
	2000 Yılına Doğru Herkese Sağlık	Prof. Dr. Yaşar BİLGİN	147
	Balikesir İl Merkezindeki Yataklı Tedavi Kurumlarında Görev Yapan Yöneticilerin Hastane Yönetimi Konusundaki Görüşleri	Selma KAZAR BAŞKURT, Fazilet İNAN TÜFEKÇİ, Selma KAZAR BAŞKURT, Fazilet İNAN TÜFEKÇİ, Nuriye KARADAĞ, Ahmet NESİMİ KİŞİOĞLU	149
	Temel Sağlık Hizmetlerinde Yöneylem Araştırmaları	Dr. Sönmez IŞIK, Dr. Aydın DOLU, Dr. Salih MOLLAHALILOĞLU, Dr. Ercan BAL	152

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
	Edirne'de Sağlık Ocaklarında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu	Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Dr. Ergun DOĞANER, Dr. Leman ÜNAL, Dr. Şahin ÜNAL, Prof. Dr. Ahmet SALTİK	157
	Posterler		336
	P1 Sağlık Eğitimi, Tıp Eğitimi, Hizmet İçi Eğitim		338
4	Malatya İl Merkezindeki Farklı Programlardaki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi	Uz. Dr. Leyla KARAOĞLU, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN	340
2	Sağlık Ocağı Hekimlerinde Mesleki Doyum	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Zeki TANRIKULU	341
2	Sağlık Ocağında Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Zeki TANRIKULU	342
3	Hasta Bakımına Doğrudan Katılan Personelin Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması	Öğr. Gör. Selda RIZALAR, Doç. Dr. Ümit SEVİĞ	343
4	Öğrencilerin Halk Sağlığı Hemşireliği Staj Öncesi/Sonrası Görüşlerinin İrdelenmesi	Doç. Dr. Zuhal BAHAR, Arş. Gör. Aynur UYSAL, Arş. Gör. Ziyafet UĞURLU	344
2	Bir Grup İntörn Doktorun İshalli Hastalıklar Konusunda Eğitim Öncesi Durumu, Edirne-1997	Dr. Ufuk BERBEROĞLU, Dr. Ahmet SALTİK, Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Dr. Nezihe ÜZÜM	345
2	Tıp Fakültelerinde Halk Sağlığı Eğitimi ile Öğrencilere Kazandırılan Bilgi ve Becerilerin, Mezuniyet Sonrası Gereksinimleri Karşılama Düzeyi	Fatma ÖZBEK (MPH), Dr. Ahmet SALTİK	346
2	Üniversite Öğrencilerinin Cevabını Bilmedikleri Sorularda Seçenek Tercihleri	Doç. Dr. Faruk YORULMAZ, Arş. Gör. Dr. Nezihe ÜZÜM	347
1	Göbbaşı İlçesi İlkokul Öğrencilerinde Sağlık Bilgisi	Arş. Gör. Dr. Seçil ÖZKAN, Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL	348
4	Bir Pratisyen Hekim Soruyor: Tus Başarısı Tıp Fakültelerinin Başarı Kriteri midir?	Dr. Mahinur YAPICI	349
4	Malatya Sağlık Müdürlüğü'nce 1995-1996 Yıllarında ve Yürütülen Uyum Eğitimi Programının Değerlendirilmesi	Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ, Dr. Suat YALÇINSOY	350
4	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi ve Mezuniyet Sonrası ile İlgili Düşünceleri	Yrd. Doç. Selçuk KÖKSAL, Uz. Dr. Suphi VEHİD, Uz. Dr. Aydın TUNÇKALE, Dr. Ethem ERGİNÖZ, Uz. Dr. Günay CAN	351
4	Ulusal Halk Sağlığı Kongre Bildirilerinin Değerlendirilmesi	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ,	352
4	Erlere Yapılan Sağlık Eğitiminde Asker Hemşire Öğrencilerinin Aktif Katılımı ile Gerçekleşen Bir Uygulama Örneği	ÖZKAN Ö., BIÇER T., İNANÇ N., HATİPOĞLU S.,	353
4	Tıp Etkinliği Sürekli Eğitimi Gerekçendirir	Uz. Dr. Ayşegül YILDIRIM, A. Dr. Efe ONGANER, Doç. Dr. Yıldırım ÇINAR	354
3	Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Yardımcı Sağlık Personelinin İkyardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	Yrd. Doç. Dr. Cihad DÜNDAR, Arş. Gör. Dr. A. Tevfik SUNTER, Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Arş. Gör. Dr. Murat TOPBAŞ, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN	355
4	Halk Sağlıklarının İlgilendikleri Konular (Kongre Bildirilerine Göre)	Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ, Doç. Dr. Said BODUR	356
4	Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Eğitimi ile İlgili Görüşleri ve Uygulamaları	Yrd. Doç. Dr. R.S. TABAK, Yrd. Doç. Dr. H. SUR, Yük. Hem. L. KÖKSAL	357

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
	P2 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması		358
1	Balkesir Merkez 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Çocuk Sahibi Annelerin Emzirmeleri Hakkında Bir Araştırma	Dr. A.N. KİŞİOĞLU, F. TÜFEKÇİ, N. KARADAĞ, S. BAŞKURT	360
1	Ankara'nın On Merkez İlçesinde Anne Sütü ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışların İncelenmesi	Dr. Nazlı DALGIÇ, Dr. Selda HİZEL, Dr. M. Rifat KÖSE	361
2	Kadınların Kullandıkları Gebelik Önleyici Yöntemlere İlişkin Görüşleri ve Memnuniyetleri	Prof. Dr. Dr. Ayla BAYIK, Arş. Gör. Esin TÜRKİSTANLI, Arş. Gör. Aynur UYSAL, Arş. Gör. Ziyafet UĞURLU	362
1	Toplumda Annelerin Emzirme ve Ek Gıda Tercihleri	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Serap ÇETİN	363
1	Aşı Takvimine Uyumu Etkileyen Faktörler	Doç. Dr. Said BODUR	364
2	Klinikte Yatan Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden Değerlendirilmesi	Dr. Ömer R. ÖNDER, Doç. Dr. Nilgün SARP	365
2	Isparta Gönen'de Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler	Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK, Uz. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU	366
1	25+ Yaş Grubu Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Tutum ve Davranışlarına Eğitimin Etkisi	Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK, Uz. Dr. V. Selçuk ENGİN, Uz. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU, İnt. Dr. Gülsen YILMAZER, Esra TÖZÜM	367
4	İzmir/İlça Sağlık Ocağı Bölgesinde Ağustos-Eylül 1997 Döneminde Gebe Kadınların Gebe Beslenmesi Konusundaki Bilgi Düzeyleri	Arş. Gör. Dr. ÜZÜM. N., Prof. Dr. SALTİK. A., Arş. Gör. Dr. EKUKLU G., Doç. Dr. YORULMAZ F., Arş. Gör. Dr. BERBEROĞLU U.	368
1	Çocuk Hakları Sözleşmesi Çerçevesinde Ülkemiz Çocuk Sağlığının İncelenmesi	Doç. Dr. Nilgün SARP, Yrd. Doç. Dr. Nazlı DALGIÇ	369
1	Çocuklarında Enfeksiyon Hastalığı Belirtileri Görülen Ebeveynlerin Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurularını Etkileyen Etmenler	Arş. Gör. Hacer ÇETİN,	370
1	İlkokul 5. Sınıf Öğrencilerinde Aşı Bilgi Düzeyleri	Arş. Gör. Dr. Ayşegül YILDIRIM, Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. Mehmet Ali BUMİN	371
1	Ankara Gölbaşı Bölgesinde Menapoz Yaşı ve Bu Yaşı Etkileyen Faktörler	Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Dr. Ufuk YILDIRIM, Dr. Seçil ÖZKAN, Doç. Dr. Sefer AYCAN	372
1	0-12 Aylık Bebeklerde Mama Kullanım Sıklığı ve Etkileyen Faktörler	Arş. Gör. EMEK. M., Arş. Gör. KİTAPÇIOĞLU G., Gıda Müh. KUSİN N., Prof. Dr. EGEMEN A.	373
1	Adana'da 1996-1997 Yıllarında Göz Altına Alınan ve Tutuklanan Çocukların Durumu	Uz. Dr. Münevver TÜRKMEN, Yrd. Doç. Adnan GÜMÜŞ	374
1	Ankara Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesinde 8-14 Yaş Çocukların Annelerinin ve Çocukların Kendi İfadelerine Göre Gıda Tüketim Sıklıklarının Karşılaştırılması	Dr. Tülay BAĞCI, Dr. Mahmut YARDIM, Dr. Dilek ASLAN, Prof. Dr. Zafer ÖZTEK	375
1	Menopozda Hormon Replasman Tedavisinin Subjektif Semptomlara Etkisi	Uz. Dr. Günay CAN, Dr. Sadık TOPRAK, Ebe. Vacide YILMAZ, Uz. Dr. Ümit ŞAHİN	376
1	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna Bağlı Yetiştirme Yurtlarında Barınan Adolesanların Büyüme ve Gelişme Durumları	Yrd. Doç. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN, Uz. Dyt. Şirin KAYHAN ESEN, Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ	377
2	Pamuk Tarımında Çalışan Kadın İşçilerin Üreme	Dr. Buhara ÖNAL, Dr. Ömer ÖNAL, Prof. Dr. Arslan	378

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
2	Sağlığı Sorunları Genç Erişkin Erkeklerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeyleri	TUNÇBİLEK Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU,	379
2	Erbaş ve Erlerin Aile Planlaması Konusunda Eğiticiler Tarafından Eğitimi	Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Onur HAMZAOĞLU,	380
1	GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine İzlem İçin Başvuran Bebeklerin Büyümelerine Etki Eden Faktörlerin Araştırılması	Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Ercan GÖÇGELDİ, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Ç.G.Uz. Aysun AKYAVUZ, Dr. Onur HAMZAOĞLU	381
2	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1993 ve 1996 Yıllarında Eğitim Gören İnterlerin Aile Planlaması Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması	Öğr.Ü. Ferda ÖZYURDA, H.S.Uz. Deniz ÇALIŞKAN	382
2	GYNE-T-380-A ile Monofazik Oral Kontraseptif Kullanımın Menstrüel Kanama Miktarı ve Demir Eksikliği Anemisi Üzerine Etkisi	Uz. Dr. Ayşegül YILDIRIM, A. Dr. Efe ONGANER, A. Dr. Kemal ERKAL	383
1	0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ateşlenme Durumunda Evde Bakıma İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi	Arş. Gör. A. TOZLU, Öğr. Gör. G. ÇAY	384
1	6-12 Yaş Grubu Çocuklarda İyot Yetersizliği ve İyotlu Tuz Kullanma Durumu	Dr. Handan TOPÇUOĞLU, Dr. Dilek HAZNEDAROĞLU, Dyt. Dr. Nurten BUDAK, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE	385
	<u>P3 Sağlık Sosyolojisi ve Demografi, Sağlık Ekonomisi ve Sağıyk Hizmet Sunumu</u>		386
4	Bayan İlkokul Öğretmenleri ve Hemşirelerde Yaşam Biçiminden Kaynaklanan Risk Faktörleri	Öğr. Gör. Bilgin KIRAY VURAL, Prof. Dr. İnci EREFE	388
4	Hasta Haklarının Tanımı ve Şikayet Hakkının Kullanıldığı Bir Uygulama Modeli	Uz. Dr. Dilek ÖZTAŞ	389
3	Rasyonel İlaç Kullanımı Çalışmalarında Araştırma Yöntemleri	Dr. Hatice ŞAHİN	390
4	Türkiye ve Avrupa Topuluğu Ülkelerinin Demografik Yapıları	Prof. Dr. Yakut (IRMAK) ÖZDEN, Uz. Dr. Suphi VEHİD, M.Sc. Hayriye (ERTEM) VEHİD	391
4	Türkiye ve Komşuları: Demografik Yapı Açısından Karşılaştırmalı Bir İnceleme	Prof. Dr. Yakut (IRMAK) ÖZDEN, Uz. Dr. Suphi VEHİD, M.Sc. Hayriye (ERTEM) VEHİD, Yrd. Doç. Dr. Selçuk KÖKSAL	392
3	Balıkesir Devlet Hastanesinde 1996 Yılı Hasta Bakım Maliyetlerinin Belirlenmesi	Öğr. Gör. Nuriye KARADAĞ, Yrd. Doç. Dr. Gönül DİNÇ, Yrd. Doç. Erhan ESER, Prof. Dr. Cemil ÖZCAN	393
2	Isparta İlindeki Sağlık Ocaklarının Tanı ve Tedavi Olanakları	Prof. Dr. Osman GÜNAY, Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU	394
2	Kayseri SSK Hastanesi Dahiliye Polikliniği Yoğunluğunun Değerlendirilmesi	Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU, Doç. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA	395
2	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Poliklinik Hastalarının Hoşnutluğu	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Y. Ekrem ÖZDEMİR	396
2	Bir Eğitim Hastanesine Müracat Eden Hastaların Memnuniyet ve Beklenti Düzeylerinin Saptanması	Dr. R. TORAMAN, Uz. N. CİHANGİROĞLU, Uz. A. TEKE	397
2	E.Ü.T.F. Acil Servisine Bir Yıl İçinde Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi	Dr. Şafak Taner GÜRSOY, Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU, Dr. Meral TÜRK	398

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
1	Ankara İli Gölbaşı İlçesi'nde Beş İlkokulda Yapılan Sağlık Taraması	Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. M. Ali BUMİN	399
2	Ankara'da 1996 Yılında 112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetlerinden Yararlananların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetleri ile İlgili Bir Çalışma	Dr. Aykut İker ARSLAN, Doç. Dr. Sefer AYCAN	400
1	Çocukluk Döneminde Görme Kusuuru Taramaları ve Hemşirenin Rolü	Doç. Dr. Semra ERDOĞAN, Uz. Hem. Fatma İPEK	401
2	Gemlik İlçe Merkezinde Hastalanan Kişilerin Başvurdıkları Sağlık Kuruluşları	Dr. Kayhan PALA, Doç. Dr. Necla TUGAY AYTEKİN, Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN	402
3	Ümraniye Verem Savaş Dispanserinde Hasta Profili ve Antitüberküloz İlaçlara Direnç Gelişimini Etkileyen Faktörler	İnt. Dr. Perran KARACALIOĞLU, İnt. Dr. Eda USLU, Yücel GÜRBÜZ, Doç. Dr. Hande HARMANCI	403
4	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Nerede?	Doç. Dr. Semra ERDOĞAN	404
3	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sporun Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Bir Yöntem Olarak Kullanımı	Dr. Hakan YAMAN, Spor Eğt. Tanju BAĞIRGAN	405
3	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hekimliği İçin İnternet Kaynakları	Efe ONGANER, Uz. Ayşegül YILDIRIM	406
2	Kent Tipi Sağlık Ocakları İyileştirme Çalışmaları Deneyimleri	Dr. Talat BAHÇEBAŞI, Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Dr. Ömer ÖNAL, Uz. Dr. Canan SARGIN, Uz. Dr. M. Rifat KOSE, Prof. Dr. Muhsin AKBABA	407
	P4 Çevre Sağlığı		408
4	Global Isınma ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri	Dr. N. Emel LÜLECİ, Prof. Dr. Fethi DOĞAN	410
2	Konya'da Bulunan Ekmek Fırınları ile Üretilen Ekmeğin Kalitesi ve Hijyenik Durumu	Uz. Dyt. Çiğdem ÇATALKAYA, Yrd. Doç. Dr. Tahir K. ŞAHİN, Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ	411
4	Son Beş Yıllık Dönemde (1992-1997) Malatya İl Merkezinde Hava Kirliliği Eğilimi	Yrd. Doç. Dr. Mücahit EĞRİ, Öğr. Gör. Dr. Gülsen GÜNEŞ, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN, Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ	412
2	1996-1997 Kış Döneminde Malatya İl Merkezi Hava Kirliliği Parametrelerine Meteorolojik Koşulların Etkisi	Mücahit EĞRİ	413
2	Yol Kenarı Toprak ve Bitkilerinde Kurşun Birikimi	Burhanettin İŞIKLI, Temir Ali DEMİR, Asiye BERBER, Cemalettin KALYONCU	414
2	Toplu Yaşam Yerlerinde Fiziksel Barınma Koşullarının Saptanması	Dr. Mahir GÜLEÇ, Dr. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Muharrem UÇAR, Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Ercan GÖÇGELDİ, Dr. Selim KILIÇ, Dr. Tayfun KIR, Dr. M. Nuri GÜNÇİKAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU, Dr. Metin HASDE	415
2	Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Laboratuvarına Getirilen İzmir Sularının Bakteriyolojik ve Kimyasal Açından Değerlendirilmesi	Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU, Dr. Emel LÜLECİ, Prof. Dr. Fethi DOĞAN	416
	P5 İş Sağlığı		418
1	Bir İş Stresi Ölçümü Olarak "Örgütsel Stres Anketi VOS-D": Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	Dr. Meral TÜRK, Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU, Dr. Şafak Taner GÜRSOY	420

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
3	Izmir-Çeşme Otoyolundaki İstasyonlarda Çalışan Gişe Memurlarında Egsoz Kurşunundan Etkilenme	Nesrin KOCABIYIK	421
2	Bir Endüstriyel Kirlenici Nedeniyle Bandırma'nın Edincik Beldesinde İçme Sularının Kimyasal Değerlendirilmesi	Uz. Dr. Günay CAN, Uz. Dr. Ümit ŞAHİN, Dr. Sadık TOPRAK, Prof. Dr. Salih Cengiz, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ	422
1	Izmir-Altındağ Çıraklık Eğitim Merkezindeki Çırakların Sigara İçmelerinde Ailelerinin ve İş Ortamının Etkisi	Dr. Nesrin KOCABIYIK, Dr. Hilal BATI, Doç. Dr. Ali Osman KARABABA	423
1	Endüstriyel Farklı İş Kollarınca Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	Dr. Halim İSSEVER, Prof. Dr. H. Hilmi SABUNCU, Yrd. Doç. Dr. Rukiye PINAR	424
1	Çocuk İşçilerde Egzos Gazına Maruziyetin Getirdiği Sağlık Sorunları	Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN, Yrd. Doç. Dr. Şennur DABAK, Arş. Gör. Dr. Ahmet KILINÇER, Arş. Gör. Dr. Murat TOPBAŞI	425
1	Doğankent Beldesindeki Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Sağlık Durumlarının Araştırılması	Uz. Dr. Ferdi TANIR, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Doç. Dr. Necdet AYTAÇ, Prof. Dr. Muhsin AKBABA	426
1	Ayakkabı İmalathanelerinde İşçi Sağlığı Sorunları	Yıldız ÜNER, Ayşe POSTALLI, Nazan EKİZ, Mustafa SEZGİN	427
1	Küçük-Orta Ölçekli İşyerleri Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi Model Önerisi	Prof. Dr. Nazmi BİLİR, Dr. Ali Naci YILDIZ	428
1	Ankara Sitelerdeki Polyester Atölyelerinde Sağlık Sorunları	Dr. B. ÖNAL, G. EREL, G. VURAL, Ö. KUTLU, G. ÖZAYDIN, M. KARAN, Dr. H. SABİR	429
	P6 Bulaşıcı Hastalıklar		430
3	Balıkesir İli Merkezinde Görev Yapan Sağlık Personelinin AIDS Bilgi Düzeylerinin Saptanması	F. TÜFEKÇİ, N. KARADAĞ, Dr. A.N. KİŞİOĞLU	432
3	Dünya'da ve Türkiye'de HIV/AIDS'in Durumu	Dr. R. Cenap YILDIRIM, Dr. Asuman ÖZKAN	433
3	Gölbasi İlçesi Sağlık Personelinde Anti-Tekstüroplazma, Anti-Rubella ve Anti-CMV Antikorlarının Dağılımı	Arş. Gör. Dr. Seçil ÖZKAN, Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. M. Ali BUMİN	434
2	Başboş Kedi ve Köpekler ve Halk Sağlığı	Dr. Mestan ÖZYEL, Doç. Dr. Figen DORAN	435
3	Köy Hizmetlerinde Çalışan HBsAG'i Pozitif ve Seronegatif Olan İki Grup İşçinin Ailelerinde Hepatit B Prevalansı	Dr. Rana GÜVEN, Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE, Dr. Ali MERT	436
3	Mersin Devlet Hastanesine 1994 Yılında Başvuran Hayvan Isınığı Vakalarının İncelenmesi	Uz. Dr. Resul BUĞDAYCI, Doç. Dr. Nafiz BOZDEMİR	437
3	Bir Askeri Birlikte Görevli Erişkinlerde BCG Aşıllık Prevalansının Saptanması	Dr. Ercan GÖÇGELDİ, Doç. Dr. Onur HAMZAOĞLU, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ	438
3	Ondokuzmayıs Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri	Arş. Gör. Dr. Ahmet KILINÇER, Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Arş. Gör. Sevgi CANBAZ, Yrd. Doç. Şennur DABAK, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN	439
3	Güney İllerinde Brusella İncelemesi	Yıldız ÜNER, Nazan EKİZ, Ayşe POSTALLI, Seviye KARTAL	440
3	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin AIDS ile İlgili Düşünceleri	Sos. Hiz. Uz. Şükran SEVİMLİ, Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Cemal ÇİÇEK, Eylem IŞIK	441

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
3	İzmir'de Sel ve Leptospirozis	Dr. Şefika MUTLU, Dr. Hülya TÜFEKÇİ, Doç. Dr. Caner FİDANER	442
4	Adana İli Bulaşıcı ve Paraziter Hastalıklar Bildirim Epidemiyolojik Araştırma Değerlendirme ve İşbirliği Programı (Eparip) Sonuçları	Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Dr. Talat BAHÇEBAŞI, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE, Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Dr. Saadet YENER	443
	<u>P7 Kronik Hastalıklar</u>		444
4	Antalya Kent Merkezinde Sağlık Ocaklarına Başvuran 40 Yaş Üzeri Kişilerde Hipertansiyon Durumu	Dr. Nilay BAHARLI, Doç. Dr. Mehmet R. AKTEKİN, Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU,	446
4	AÜTF İbni Sina Hastanesi Behçet Merkezine 1986-1997 Yılları Arasında Başvuran 2175 Olgunun Cinse Göre İlk Semptom Başlama Yaşının Değerlendirilmesi	Prof. Dr. Aysel GÜRLER, Uzm. Dr. Ayşe BOYVAT, Doç. Dr. Aysun İDİL, Uzm. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	447
4	Trabzon ve Çevresinde 1986-1995 Yılları Arasındaki Kanseri Olgularının Değerlendirilmesi	Gamze ÇAN, Yavuz ÖZORAN, Fazıl AYDIN, Elif ALEMDAĞ	448
4	Thalassemia Majorlu Çocuğu Olan Ailelerin Destek Gereksinimlerinin İncelenmesi	Yrd. Doç. Dr. Selmin Şenol SEZGİN, Prof. Dr. Zeynep CONK	449
4	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Kliniğinde İskemik Kalp Hastalığı Nedeniyle Yatan Hastaların Risk Faktörleriyle İlişkisi	Uz. Dr. Günay CAN, Uz. Dr. Ümit ŞAHİN, Dr. Sadık TOPRAK, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ	450
4	Yozgat'ın Sorgun İlçesi Kamu Personelinin Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Profilleri	Uz. Dyt. Aynur ÇOBAN, Prof. Dr. Gülgün ERSOY	451
4	Eskişehir İlinde Hemodializ Tedavisindeki Hastaların Hemodializ ve Böbrek Aktarımına Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi	Yrd. Doç. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Alaaddin ÜNSAL, Uz. Dr. Hayati YAVUZ, Dr. Nihan ZUBAROĞLU	452
4	Tiroidektomi Geçirmiş Hastaların TSH Değerlerinin Takip Gerekliliği	Uz. Dr. Ayşegül YILDIRIM, Uz. Dr. Yılmaz USER, Dr. Efe ONGANER, Dr. Kemal ERKAL, Doç. Dr. Yıldırım ÇINAR	453
	<u>P8 Beslenme</u>		454
4	Toplumda Et Tüketim Tercihleri	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Fatih KARA	456
4	Trabzon ve Çevresinde Mide Kanseri Yönünden Riskli Beslenme Alışkanlıkları	Gamze ÇAN, Fazıl AYDIN Perihan TORUN	457
4	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna Bağlı Yetiştirme Yurtlarında Barınan Adölesanların Beslenme Durumları	Uz. Dyt. Şirin KAYHAN ESER, Yrd. Doç. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN, Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ	458
4	Bir Askeri Garnizonda Görevli Genç Erişkin Erkeklerde Antropometrik Ölçülerin Saptanması	Dr. Tayfun KIR, Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Metin HASDE, Dr. Selim KILIÇ	459
4	Bir Askeri Garnizonda Görevli Genç Erişkin Erkeklerde Antropometrik Yöntemlerle Obezite ve Zayıflık Sıklığının Saptanması	Dr. Tayfun KIR, Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Metin HASDE, Dr. Selim KILIÇ	460
4	Erişkin Kadınlarda Beslenme Durumunu Belirleyen Yöntemlerin İncelenmesine İlişkin Bir Çalışma	Yrd. Doç. Dr. N. NAHCIVAN, Doç. Dr. S. ERDOĞAN,	461
	<u>P9 Ruh Sağlığı ve Alışkanlıklar</u>		462
3	Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) Öğrencilerinde Alkol ve Sigara Alışkanlık Düzeyi ve Buna Etki Eden Bazı Faktörler	Dr. E. Didem EVCİ, Doç. Dr. Sefer AYCAN	464

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
3	İzmir-Çeşme Otoyolundaki İstasyonlarda Çalışan Gişe Memurlarında Egsoz Kurşunundan Etkilenme	Nesrin KOCABIYIK	421
2	Bir Endüstriyel Kirlenici Nedeniyle Bandırma'nın Edincik Beldesinde İçme Sularının Kimyasal Değerlendirilmesi	Uz. Dr. Günay CAN, Uz. Dr. Ümit ŞAHİN, Dr. Sadık TOPRAK, Prof. Dr. Salih Cengiz, Prof. Dr. Ayşe KAYMAZ	422
1	İzmir-Altındağ Çıraklık Eğitim Merkezindeki Çırakların Sigara İçmelerinde Ailelerinin ve İş Ortamının Etkisi	Dr. Nesrin KOCABIYIK, Dr. Hilal BATI, Doç. Dr. Ali Osman KARABABA	423
1	Endüstride Farklı İş Kollarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	Dr. Halim İŞSEVER, Prof. Dr. H. Hilmi SABUNCU, Yrd. Doç. Dr. Rukiye PINAR	424
1	Çocuk İşçilerde Egzos Gazına Maruziyetin Getirdiği Sağlık Sorunları	Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN, Yrd. Doç. Dr. Şennur DABAK, Arş. Gör. Dr. Ahmet KILINÇER, Arş. Gör. Dr. Murat TOPBAŞI	425
1	Doğankent Beldesindeki Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Sağlık Durumlarının Araştırılması	Uz. Dr. Ferdi TANIR, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Doç. Dr. Necdet AYTAÇ, Prof. Dr. Muhsin AKBABA,	426
1	Ayakbaşı İmalathanelerinde İşçi Sağlığı Sorunları	Yıldız ÜNER, Ayşe POSTALLI, Nazan EKİZ, Mustafa SEZGİN,	427
1	Küçük-Orta Ölçekli İşyerleri Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi Model Önerisi	Prof. Dr. Nazmi BİLİR, Dr. Ali Naci YILDIZ,	428
1	Ankara Sitelerdeki Polyester Atölyelerinde Sağlık Sorunları	Dr. B. ÖNAL, G. EREL, G. VURAL, Ö. KUTLU, G. ÖZAYDIN, M. KARAN, Dr. H. SABİR	429
	P6 Bulaşıcı Hastalıklar		430
3	Balikesir İli Merkezinde Görev Yapan Sağlık Personelinin AIDS Bilgi Düzeylerinin Saptanması	F. TÜFEKÇİ, N. KARADAĞ, Dr. A.N. KIŞIOĞLU,	432
3	Dünya'ca ve Türkiye'de HIV/AIDS'in Durumu	Dr. R. Cenap YILDIRIM, Dr. Asuman ÖZKAN,	433
3	Göbbaşı İlçesi Sağlık Personelinde Anti-Tekstüplazma, Anti-Rubella ve Anti-CMV Antikorlarının Dağılımı	Arş. Gör. Dr. Seçil ÖZKAN, Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. M. Ali BUMİN	434
2	Başiboş Kedi ve Köpekler ve Halk Sağlığı	Dr. Mestan ÖZYEL, Doç. Dr. Figen DORAN	435
3	Köy Hizmetlerinde Çalışan HBsAG'i Pozitif ve Seronegatif Olan İki Grup İşçinin Ailelerinde Hepatit B Prevalansı	Dr. Rana GÜVEN, Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE, Dr. Ali MERT	436
3	Mersin Devlet Hastanesine 1994 Yılında Başvuran Hayvan Isınığı Vakalarının İncelenmesi	Uz. Dr. Resul BUĞDAYCI, Doç. Dr. Nafiz BOZDEMİR	437
3	Bir Askeri Birlikte Görevli Erişkinlerde BCG Aşılılık Prevalansının Saptanması	Dr. Ercan GÖÇGELDİ, Doç. Dr. Onur HAMZAOĞLU, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ	438
3	Ondokuzmayıs Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri	Arş. Gör. Dr. Ahmet KILINÇER, Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Arş. Gör. Sevgi CANBAZ, Yrd. Doç. Şennur DABAK, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN	439
3	Güney İtalya'da Brusella İncelemesi	Yıldız ÜNER, Nazan EKİZ, Ayşe POSTALLI, Seviye KARTAL	440
3	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin AIDS ile İlgili Düşünceleri	Sos. Hiz. Uz. Şükran SEVİMLİ, Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Cemal ÇİÇEK, Eylem İŞİK	441

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
3	İzmir'de Sel ve Leptospirozis	Dr. Şefika MUTLU, Dr. Hülya TÜFEKÇİ, Doç. Dr. Caner FIDANER	442
4	Adana İli Bulaşıcı ve Paraziter Hastalıklar Bildirim Epidemiyolojik Araştırma Değerlendirme ve İşbirliği Programı (Eparip) Sonuçları	Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Dr. Talat BAHÇEBAŞI, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE, Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Dr. Saadet YENER	443
	<u>P7 Kronik Hastalıklar</u>		444
4	Antalya Kent Merkezinde Sağlık Ocaklarına Başvuran 40 Yaş Üzeri Kişilerde Hipertansiyon Durumu	Dr. Nilay BAHARLI, Doç. Dr. Mehmet R. AKTEKİN, Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU,	446
4	AÜTF İbni Sina Hastanesi Behçet Merkezine 1986-1997 Yılları Arasında Başvuran 2175 Olgunun Cinsine Göre İlk Semptom Başlama Yaşının Değerlendirilmesi	Prof. Dr. Aysel GÜRLER, Uzm. Dr. Ayşe BOYVAT, Doç. Dr. Aysun İDİL, Uzm. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	447
4	Trabzon ve Çevresinde 1986-1995 Yılları Arasındaki Kansere Olgularının Değerlendirilmesi	Gamze ÇAN, Yavuz ÖZORAN, Fazıl AYDIN, Elif ALEMDAĞ	448
4	Thalassemia Majorlu Çocuğu Olan Ailelerin Destek Gereksinimlerinin İncelenmesi	Yrd. Doç. Dr. Selmin Şenol SEZGİN, Prof. Dr. Zeynep CONK	449
4	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Kliniğinde İskemik Kalp Hastalığı Nedeniyle Yatan Hastaların Risk Faktörleriyle İlişkisi	Uz. Dr. Günay CAN, Uz. Dr. Ümit ŞAHİN, Dr. Sadık TOPRAK, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ	450
4	Yozgat'ın Sorgun İlçesi Kamu Personelinin Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Profilleri	Uz. Dyt. Aynur ÇOBAN, Prof. Dr. Gülgün ERSOY	451
4	Eskişehir İlinde Hemodializ Tedavisindeki Hastaların Hemodializ ve Böbrek Aktarımına Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi	Yrd. Doç. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Alaaddin ÜNSAL, Uz. Dr. Hayati YAVUZ, Dr. Nihan ZUBAROĞLU	452
4	Tiroidektomi Geçirmiş Hastaların TSH Değerlerinin Takip Gerekliliği	Uz. Dr. Aysegül YILDIRIM, Uz. Dr. Yılmaz USER, Dr. Efe ONGANER, Dr. Kemal ERKAL, Doç. Dr. Yıldırım ÇINAR	453
	<u>P8 Beslenme</u>		454
4	Toplumda Et Tüketim Tercihleri	Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Fatih KARA	456
4	Trabzon ve Çevresinde Mide Kanseri Yönünden Riskli Beslenme Alışkanlıkları	Gamze ÇAN, Fazıl AYDIN Perihan TORUN	457
4	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna Bağlı Yetiştirme Yurtlarında Barınan Adölesanların Beslenme Durumları	Uz. Dyt. Şirin KAYHAN ESER, Yrd. Doç. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN, Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ	458
4	Bir Askeri Garnizonda Görevli Genç Erişkin Erkeklerde Antropometrik Ölçülerin Saptanması	Dr. Tayfun KIR, Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Metin HASDE, Dr. Selim KILIÇ	459
4	Bir Askeri Garnizonda Görevli Genç Erişkin Erkeklerde Antropometrik Yöntemlerle Obezite ve Zayıflık Sıklığının Saptanması	Dr. Tayfun KIR, Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Metin HASDE, Dr. Selim KILIÇ	460
4	Erişkin Kadınlarda Beslenme Durumunu Belirleyen Yöntemlerin İncelenmesine İlişkin Bir Çalışma	Yrd. Doç. Dr. N. NAHCIVAN, Doç. Dr. S. ERDOĞAN,	461
	<u>P9 Ruh Sağlığı ve Alışkanlıklar</u>		462
3	Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) Öğrencilerinde Alkol ve Sigara Alışkanlık Düzeyi ve Buna Etki Eden Bazı Faktörler	Dr. E. Didem EVCİ, Doç. Dr. Sefer AYGAN	464

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
4	Ankara'da Bir Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeyleri ile Hemşirelik Eğitiminde Karşılaştıkları Güçlük Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Bil. Uz. Yük. Hem. Şenay DOĞAN, Doç. Dr. Onur HAMZAOĞLU	465
3	Trabzon İl Merkezinde Görev Yapan Doktorlarda Sigara İçme Sıklığı	Gamze ÇAN, Tevfik ÖZLÜ, Yılmaz BÜLBÜL, Perihan TORUN	466
3	Atatürk Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkili Faktörler	Yrd. Doç. Dr. Deniz KESKİNLER, Doç. Dr. Asuman GÜRAKSIN, Yrd. Doç. Dr. Tacettin INANDI, Arş. Gör. Yıldırım TUFAN,	467
3	Ülkemizde İntihar Bir Sorun mu?	Dr. D. ASLAN, Dr. H. ÖZCEBE,	468
3	Türkiye'de İntihar Epidemiyolojisi (1991-95 Dönemi için Bir Değerlendirme)	Arş. Gör. Hülya BELEK, Yrd. Doç. İlker BELEK	469
3	Askerlik Öncesi ve Askerlik Başlangıcında Sigara Kullanma Sıklığının Karşılaştırılması	Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU, Dr. Metin HASDE	470
3	Celal Bayar Üniversitesi Öğrencilerinin Alkol Kullanma Sıklığı ve Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler	Dr. Taner DAĞCI, Yrd. Doç. Dr. Gönül DİNÇ, Prof. Dr. Cemil ÖZCAN	471
3	Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarının İncelenmesi	Öğr. Gör. Dr. Gülsen GÜNEŞ, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN, Yrd. Doç. Dr. Mücahit EĞRİ, Yrd. Doç. Metin GENÇ	472
3	Erzurum İl Merkezinde Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı	Doç. Dr. Asuman GÜRAKSIN, Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ, Yrd. Doç. Dr. Tacettin INANDI, Yrd. Doç. Dr. Deniz KESKİNLER, Arş. Gör. Dr. Serhat VANÇELİK, Arş. Gör. Yıldırım TUFAN	473
3	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları	Yrd. Doç. Dr. Emel İRGİL, Uz. Dr. Yaşar ERKENCİ, Uz. Dr. Ramis GÜNER, Dr. Soyhan BAĞCI	474
	P10 Yaşlılık		476
3	Adana Huzurevindeki Yaşlıların Medikal Sorunlarının Tanımlanması	Dr. H. Tuğba AKSU	478
3	Antalya Kent Merkezindeki 60 Yaş ve Üzerindeki Kişilerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu	Levent DÖNMEZ, Necati DEDEOĞLU,	479
3	Yaşlılık ve Emeklilik (Ön Çalışma)	Uz. Dr. ÇÖLGEÇEN, Prof. Dr. Yıldız TÜMERDEM	480
3	Yeşilyurt İlçesindeki Yaşlıların Sağlık ve Sosyal Sorunları	Dr. Mücahit EĞRİ, Dr. Gülsen GÜNEŞ, Dr. Metin GENÇ, Dr. Erkan PEHLİVAN	481
3	Manisa İsmail Cider Huzurevinde Kalan Yaşlıların Sosyodemografik Sağlık, Demans ve Depresyon Durumları	Dr. Ece KESTELLİ MAMUREKLİ, Yrd. Doç. Dr. Gönül DİNÇ, Prof. Dr. Cemil ÖZCAN	482
	P11 Kazalar, İlk Yardım ve Diğerleri		484
3	Ülkemizdeki Trafik Kazaları ve Halk Sağlığı Açısından Önemi	Uz. Dr. Suphi VEHİD, (M.Sc.) Hayriye VEHİD, Dr. Ethem ERGİNÖZ, Yrd. Doç. Dr. Selçuk KÖKSAL, Prof. Dr. Zuhai BALTAŞ, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAS	486

Hangi Gün	Konu ve Başlık	Yazar	Sayfa No
3	Malatya'da Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personelinin "Ağız Diş Sağlığını İyileştirmede Flor Kullanımı Programı" Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri	Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN, Öğr. Gör. Dr. Gülsen GÜNEŞ, Yrd. Doç. Dr. Mücahit EGRI, Arş. Gör. Dr. M. Ali KURÇER	487
3	Bireylerin Yaşadıkları Bölgeler ve Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri arasındaki İlişki	Dr. H. İŞSEVER, Yrd. Doç. Dr. F. Eti ASLAN, Doç. Dr. S. ÖZYALÇIN, Doç. Dr. D. ŞELİMEN, Prof. Dr. H. SABUNCU, Yrd. Doç. Dr. N. OLGUN, Yrd. Doç. Dr. E. İŞİK, Dr. Abdurrahim GÖRÜR	488
3	Halk Sağlığı Konusunda Yeni Bir Yaygın Uygulama Modeli: Düşük Enerjili Laser	Dr. Abdurrahim GÖRÜR, Dr. Semin TATLICIOĞLU, Dr. Celal TATLICIOĞLU	489
3	Düşük Enerjili Laserlerle Herni Diskal Tedavisinin Klinik ve Tomografik Olarak Değerlendirilmesi	Vesile Şenol Doç. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA	490
3	Otobüs ve Kamyon Şoförlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları	Uz. Dr. Nurhan İNCE, Prof. Dr. Yıldız TÜMERDEM, Uz. Dr. Haluk İNCE, Prof. Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI,	491
4	Toplumun Otopsi ile İlgili Bilgi ve Davranışının Araştırılması	Dr. Berrin SERDAR, Dr. Songül VAİZOĞLU, Doç. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU, İnt. Dr. Abdülhalik BAZAZ, İnt. Dr. Cenk ÇAYCI, İnt. Dr. Necmi MASARİFOĞLU, İnt. Dr. Taner BAHAR, Prof. Dr. Çağatay GÜLER	492 493
3	Bir Mola yerinde Mola Veren Kamyon/Tır Şoförlerinin Çalışma Düzeni ve Kaza Konusunda Yaklaşımları	Dr. Hilal BATI, Cihangir SOYGÜL	494
2	Ege Üniversitesi Gümüldür kampında Akut Gastroenterit Vakaları Araştırma Raporu	Öğr. Gör. Dr. I. MARAL, Prof. Dr. M.A. BUMİN	495
3	Ankara Gölbaşı Bölgesinde Yaşayanların Kaza Durumlarının İncelenmesi	Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Dr. Talat BAHÇEBAŞI, Prof. Dr. Muhsin AKBABA, Dr. Saadet YENER	496
1	Adana İli Ceyhan İlçesi Kızılder Köyünde Üriner Patoloji Epidemiyolojisi	Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU, Dr. Gül KİTAPÇIOĞLU	497
3	1986-1995 Yılları Arasında Türkiye'de Oluşan Trafik Kazalarının Zaman Serisi Analizi ile Değerlendirilmesi	Dr. Ferruh AYOĞLU, Doç. Dr. Sefer AYCAN, Prof. Dr. M. Ali BUMİN	498
4	Adana İlinde Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetlerinin 1997 Yılındaki Faaliyetleri	Dr. Talat BAHÇEBAŞI, Dr. Turgut ARPACI, Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Uz. Dr. M. Rıfak KOSE, Dr. Yalçın ERTAŞ, Prof. Dr. Muhsin AKBABA	499

PANELLER

KONFERANSLAR

SÖZLÜ SUNUMLAR (S1-S2-S3-S4...)

- S1 SAĞLIK EĞİTİMİ, TIP EĞİTİMİ, HİZMET İÇİ EĞİTİM
- S2 ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI ve AİLE PLANLAMASI
- S3 SAĞLIK DEMOGRAFİ, EKONOMİSİ ve SAĞLIK HİZMET SUNUMU
- S4 ÇEVRE SAĞLIĞI
- S5 İŞ SAĞLIĞI
- S6 BESLENME SAĞLIĞI
- S7 YAŞLILIK ve ALIŞKANLIKLAR
- S8 BULAŞICI HASTALIKLAR ve İLK YARDIM

POSTERLER

- P1 SAĞLIK EĞİTİMİ, TIP EĞİTİMİ, HİZMET İÇİ EĞİTİM
- P2 ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI ve AİLE PLANLAMASI
- P3 SAĞLIK SOSYOLOJİSİ ve DEMOGRAFİ, SAĞLIK EKONOMİSİ ve SAĞLIK HİZMET SUNUMU
- P4 ÇEVRE SAĞLIĞI
- P5 İŞ SAĞLIĞI
- P6 BULAŞICI HASTALIKLAR
- P7 KRONİK HASTALIKLAR
- P8 BESLENME
- P9 RUH SAĞLIĞI ve ALIŞKANLIKLAR
- P10 YAŞLILIK
- P11 KAZALAR, İLK YARDIM ve DİĞERLERİ

ÖNSÖZ

Düzenlemiş olduğumuz VI. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Halk Sağlığı Kongresi'nin, Çukurova Üniversitesi'nin ve Halk Sağlığı Anabilim Dalımız'ın kuruluşunun 25. yılına rastlaması, Üniversitemiz ve bizler için çok anlamlıdır. Halk Sağlığı Anabilim Dalımızın ve bağlı sağlık ocaklarımızın kuruluşlarından bu yana, emeği geçen öğretim üyelerimizden merhum olanları rahmetle, yaşayanları saygıyla anıyor ve yıllardan beri desteğini esirgemeyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğümüze ve Dekanlığımıza, sağlık ocaklarımızdaki uygulama ve çalışmalarımızda her konuda yardımcı olan Sağlık Bakanlığımıza ve Sağlık Müdürlüğümüze sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kongremiz için, bir yılı geçen süreden bu yana, olabildiğince geniş katılımlı, Halk Sağlığı nosyonuna gönül vermiş, benimsemiş veya inanan hemen tüm arkadaşları toplamaya çalışarak, halk sağlığındaki özgün bilimsel çalışmaların tartışılmasını, seçici konularda konferans, panel ve kurslarla bilimsel tartışmaların yapılmasını ve eğitim verilmesini sağlamak için, güzel iklimli kentimizde, sıcak ilişkiler içerisinde toplanılmasını amaçladık.

Kongremize ulaşana kadar geçen sürede, yurdun her köşesindeki sağlık birimlerinde çalışan katılımcıların gösterdiği ilgiyi, unutmamızın mümkün olacağını sanmıyorum. Kongrenin hazırlık sürecinde, özellikle yayınların toplanması, düzenlenmesi, kongre kitabının hazırlanması ve iletişiminde emeği geçen Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN'a, Uz. Dr. Ferdi TANIR'a, Dr. Hakan DEMİRHİNDİ'ye ve WYETH ilaçları A.Ş. 'ne, ayrıca kongrenin planlanması, eksikliklerinin giderilmesinde emeği geçen herkese, kongremizin düzenlenmesine katkıda bulunan Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Müdürü Sayın Prof. Dr. Perihan ARSLAN'a, kongreye katılanlara ve/veya katkıda bulunanlara teşekkür eder, bundan sonraki çalışmalarınızda başarılar dileyerek saygılar sunarım.

Prof. Dr. Muhsin AKBABA
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve
Kongre Düzenleme Kurulu Başkanı

PANELLER

ULUSLARARASI KARARLAR PARALELİNDE ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMALAR

Prof. Dr. Ayşe AKIN*

*Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Ankara 1998

GİRİŞ

Dünya nüfus konferansının ilki 1974 yılında Bükreş'te, ikincisi 1984 yılında Meksika'da yapılmıştır. 1954 Roma, 1963 Belgrad toplantıları da dünya ölçeğinde olmasa da "Nüfus" konusunun kapsamlı olarak ele alındığı toplantılardır.

Özellikle 1984 Meksika'da toplanan 2. Nüfus Konferansından sonra bir çok ülke ve örgüt, 1984-1994 arası dönemde, aile planlamasını anne ve çocuk yaşatma programlarının bir parçası haline getirmek için çalışmalar yaptılar. Tüm bu çalışmalarda görüldü ki, kadın ve çocuklara sağlıklı bir yaşam şansı vermek için Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasından daha fazlası gerekmektedir. Böylece, 1970'lerdeki kitlesel ve demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde sağlıkla ilgili kaygıları ön plana çıkartmıştır. 1990'lara gelindiğinde ise artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerinde odaklanan yeni ve çağdaş bir görüş hakim olmaya başlamıştır.

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı-ICPD, yaşanmış deneyimlerin ve uzun tartışmaların ürünü olarak "Üreme Sağlığı" kavramının dünya gündeminde yerini almasını sağladı. Türkiye'nin de aktif katıldığı hazırlık çalışmalarından sonra, üzerinde anlaşmaya varılan metinde, ilk kez, üreme sağlığı konusunda global, ya da bölge ve ülke düzeyinde yapılması gerekenler ICPD aksiyon planında yer aldı. Bu konferansın sonuçları 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansında bir kez daha vurgulandı.

İlk kez ICPD'de ifade edilen ve tüm dünyada kabul gören Üreme Sağlığının tanımı nedir?

"Üreme Sağlığı" (ÜS) yalnızca üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm sözü edilenlerle ilgili, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Bu nedenle ÜS, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Bu tanım, kadınların ve erkeklerin kendi seçecekleri yasalara aykırı olmayan doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar, yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını ve kadının gebelik ve doğumunu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme haklarını içermektedir.

Üreme sağlığı hizmetleri ise; ÜS sorunlarını önleyerek ve çözerek ÜS'na katkıda bulunacak yöntemler, teknikler ve hizmetler bütünü olarak tanımlanmıştır. ÜS hizmetleri, amacı sadece üremeye bağlı hastalıklarda bakım ve danışmayı değil, amacı hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da kapsamaktadır.

Esasen Üreme Sağlığı ile ilgili haklar, ulusal yasalarda, uluslararası insan hakları bildirgelerinde ve diğer oybirliği ile kabul edilmiş belgelerde de benimsenmiş haklardır. Bunlar, bütün çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlulukla karar verme, bunu yapabilecek bilgiye sahip olma ve ÜS'da en yüksek standartlara ulaşma hakkıdır. İnsan hakları bildirgesinde ifade edildiği gibi, tüm insanların ayrımcılık, baskı ve şiddete maruz kalmadan kendileri için üremeyle ilgili konularda karar verme hakkı da bu haklara dahildir. İnsanlar bu hakkı kullanırken halen hayatta olan ve gelecekte doğacak çocukların ihtiyaçlarını, kendilerinin topluma karşı sorumluluklarını göz önüne almalıdırlar. Bütün insanların bu hakları sorumlu biçimde kullanmalarını sağlamak, hükümetlerin ve toplumların ÜS ile ilgili politikalarının ve programlarının temel amacı olmalıdır.

ICPD EYLEM PROGRAMININ ÜREME SAĞLIĞI ve AİLE PLANLAMASI KONULARINDAKİ KARARLARI ve ÖNERİLERİ

ICPD'nin özellikle ülkemiz açısından önemli olan önerileri özetle;

* Tüm ülkeler, uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, 2015 yılından önce Üreme Sağlığı hizmetlerini temel sağlık hizmetleri kapsamında ulaştırılabilir yapmalıdırlar.

* Aile planlaması, gebelik, doğum, düşük komplikasyonu, meme Ca. ve üreme sistemi kanseri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve HIV/AIDS için sevk sistemi mevcut olmalıdır.

* ÜS programları, adölesanlar dahil, kadınların gereksinimlerini karşılamaya yönelik olmalı ve sağlanan hizmetlerde cinsel şiddet konularına da özel dikkat gösterilerek her aşamada kadınların da katılımı sağlanmalıdır.

* ÜS ile ilgili yenilikçi programlar geliştirilmeli, bu programlarda adölesanlar ve erişkin erkekler de hedeflenmelidir. Böylece erkeklerin AP, çocuk yetiştirme ve CYBH'ın önlenmesine yönelik sorumluluklarını kabul etmeleri sağlanmalıdır. Programlar erkeklerle en geniş anlamda, çalışma yerlerinde, okullarda vs. ulaştırılmalıdır.

* Hükümetler, ÜS hizmetlerinin yönetimini desantralize etmeli ve toplumun katılımını sağlayarak hükümet dışı kuruluşlar ve özel sağlık kuruluşları ve diğer sektörlerle de işbirliği yapmalıdır.

* Maternal morbidite ve mortaliteleri azaltmaya yönelik programlar (Güvenli Annelik gibi) bilgilendirme ve aile planlamasının da dahil olduğu ÜS hizmetlerini içermelidir.

* Tüm ülkeler, gelecek yıllar için toplumda en güçsüz ve tam hizmet alamayan grupları da dikkate alarak nitelikli aile planlaması hizmeti almada karşılanamayan gereksinimi ve aile planlaması hizmetinin üreme sağlığı hizmetlerine ne ölçüde entegre olduğunu değerlendirmeli, ölçmelidirler.

* Tüm ülkeler, en kısa zamanda nüfuslarının aile planlaması ihtiyaçlarını karşılamak üzere önlemler almalı, 2015 yılına dek kapsamlı güvenli aile planlaması yöntemleri ve yasalara aykırı olmayan üreme sağlığı hizmetlerinden herkesin eşit ölçüde yararlan-

masını sağlamaya çalışmalıdır.

* Hükümetler, her düzeydeki izleme ve değerlendirme sistemi ile hizmet sunanlardan kaynaklanan yanlılığın kontrolünü, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerindeki etik ve profesyonel standartlar ile, sorumlu-gönüllü-bilinçli rızayı güvence altına almaktadır.

* IVF teknikleri, etik kurallar ve tıbbi standartlar doğrultusunda olmalıdır.

* Hükümetler, çiftlerin ve bireylerin kendi üreme sağlığı sorumluluğunu alabilmeleri için aile planlamasında bilgi, hizmet ve yöntemleri elde etmede mevcut yasal ve medikal tüm bariyerleri 2005 yılına kadar kaldırmalıdır.

* Tüm politik ve toplu liderleri, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin artırılması ve yasal olarak sağlanmasındaki rollerini daha belirginleştirmelidirler. Ayrıca tüm lider ve yasa koyucular üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine ilişkin desteklerini parasal, insan gücü ve idari kaynağa dönüştürerek göstermelidirler.

* Gelecek yıllarda tüm aile planlaması programları, hizmetlerin kalitesini iyileştirici girişimleri içermelidir;

Bunlar:

- Bilgilendirme-eğitim-iletişim olanaklarına ulaşabilme,
- Sağlık personelinin kapsamlı eğitimi,
- Yönetim ve araştırma ile hizmetin niteliğinin artırılması,
- Emzirmenin teşviki gibi desteklere de yer verilmesi olmalıdır.

* Hükümetler düşüğü önlemek için kadına yardım etmeli, düşük hiçbir koşulda aile planlaması yöntemi olarak özendirilmemeli. düşüğe başvuran tüm kadınlara insancıl tedavi ve danışmanlık sağlanmalıdır.

* Üreme sağlığı hizmetleri sadece kamu sektörü ile sınırlı olmamalı, özel sektör ve hükümet dışı örgütlerce de sağlanmalıdır. Konu ile ilgili sektörler arası işbirliği güçlendirilmelidir.

* Sosyal pazarlama, topluma dayalı hizmetler gibi toplumun ihtiyaç ve kaynaklarına paralel yaklaşımlarla hizmetlerin elde edilebilirliği artırılmalıdır.

* Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme sistemi enfeksiyonları temel sağlık hizmetleri içerisinde ele alınacak şekilde, üreme sağlığı hizmetleri güçlendirilmelidir.

* Hükümetler ve uluslararası kuruluşlar HIV/AIDS'in yayılmasını önlemek için her önemi almalıdır.

* Entegre bir cinsel eğitim; uygun yaşlarda, aile içerisinde, toplumda ve okulda başlamalıdır. Ancak formal olmayan ve topluma dayalı girişimlerle erişkinlere de (özellikle de erkeklere) bu eğitim verilmelidir.

* Hükümetler, sorumlu cinsellik ve mevcut cinsel davranış gerçeklerini daha iyi anlayarak, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların hızla yayılması, cinsel istismar ve şiddetin artması gibi gerçekler doğrultusunda ulusal programlarını yapmalıdırlar.

* Kadınların, gençlerin ve çocukların her türlü istismarının, ulusal ve toplu düzeyindeki eğitim programları ile tartışılması teşvik edilmeli, desteklenmelidir. Konu ile ilgili yasalar çıkarılmalı, güçlendirilmeli ve gerekli rehabilite edici hizmetler sağlanmalıdır.

* Hükümetler çocuk pornografisini, üretimi, ve ticaretini yasaklamalıdır.

* Hükümetler ve toplumlar, kadın ve kızlara cinsel yönden zarar veren uygulamaları (Genital mutilasyon vb) ortadan kaldırmak için önlemler almalı ve bu grubu bu tür tehlikeli uygulamalardan korumalıdır.

* Ebeveynlerin ve diğer yasal sorumluların adölesanları cinsellik ve üreme konularında yönlendirme hak, görev ve sorumlulukları vardır.

* Ülkeler, adölesanların ihtiyaç duyduğu cinsellik ve üreme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cinsel taciz konularında bilgi ve hizmete ulaşmalarının programlar ve sağlık personeli tarafından engellenmemesini sağlamalıdır. Bunu yaparken adölesanların gizlilik ve bilinçli rıza haklarını koruma altına aldığı gibi kültürel ve dini değerlere de saygı göstermelidir. Bu nedenle, üreme sağlığı ve adölesanlara verilen hizmetlere ulaşmadaki yasal yaş, kurallar ve sosyal engeller gibi bariyerler kaldırılmalıdır.

* Ülkeler, uluslararası kuruluşların da desteği ile, gençlerin cinsel ve üreme sağlığı konusundaki bilgi, eğitim ve hizmet ile ilgili haklarını korumalı ve desteklemelidir, erken yaştaki gebelikleri büyük ölçüde azaltmalıdır.

* Hükümetler, hükümet dışı örgütlerle işbirliği yaparak gençlerin özel ihtiyaçlarını karşılayacak programlar geliştirmelidir. Bu programlar, farklı cinsiyetler arası ilişki, eşitlik, gençlere yönelik şiddet, bilinçli cinsel davranış, aile planlaması, aile yaşamı, üreme ve cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yolları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetini sağlama gibi konuları içermelidir.

* Cinsel taciz ve inestetin önlenmesi ve tedavisi ve diğer üreme sağlığı hizmetleri verilmelidir.

* Bu programlar adölesanlarda (kadınlarda) kültürel değerler geliştirmeyi de amaçlamalıdır.

* Cinsel yönden aktif adölesanların bilgilendirme-eğitim-iletişim ve uygulama gibi özel aile planlaması hizmetlerine ve gebe kadınların ise aileleri ve toplum tarafından gebelik ve doğum sonu desteklenmeye ihtiyaçları vardır.

* Programlar, cinsellik ve üreme davranışı konusunda adölesanlarla ilgili olabilecek herkesi eğitmelidir (Özellikle; Aileler, ebeveynler, toplum, dini kuruluşlar, okullar, basın-yayın organları ve arkadaş grupları). Hükümetler ve hükümet dışı örgütler bu doğrultudaki uygun programları desteklemelidirler.

5-13 Eylül 1994'de Kahire'de Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen 200'e yakın ülkenin katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı sonucunda kabul edilen Eylem Planında Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları, raporun 7. bölümünde ele alınmış ve yukarıda temel noktaları özetle vurgulanan kararlar ve öneriler ülkemiz tarafından da imzalanarak taahhüt edilmiştir.

ÜREME SAĞLIĞI ve AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN-ICPD-KARARLARI ve ÖNERİLERİ PARALELİNDE TÜRKİYE'DE YAPILANLAR ve YAPILMASI GEREKENLER

1. ICPD-paralelinde Türkiye'de yapılanlar:

1994. Kahire Konferansı Eylem Programı ışığında, nüfus ve ÜS/Aile Planlaması konularında ülkemizde yapılan çalışmaları izlemek, teknik işbirliği çerçevesinde yürütülen projeleri koordine etmek ve değerlendirmek amacı ile Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) koordinatörlüğünde çeşitli ilgili sektörlerden oluşan bir çalışma grubu oluşturuldu.

ICPD önerileri paralelinde ülkemizdeki ÜS uygulamalarını değerlendirdiğimizde karşılaştığımız olumlu yönler:

* 1961'de kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasınının (224 sayılı yasa) öngördüğü Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı ve alt yapısı Üreme Sağlığı/AP hizmetlerinin bu kapsamda verilmesi için son derece uygundur.

* Nüfus ve Aile Planlaması konularına 1965 yılından beri yasal olarak önem ve destek verilmektedir. 1965 yılında kabul edilmiş olan 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması Yasası 1983 yılında yeniden düzenlenerek ülkenin ihtiyacına yanıt verebilecek, kapsamlı ve liberal hale getirilmiştir. 1983 yılında kabul edilmiş olan 2827 sayılı yasa ile, ICPD paralelinde, kadın sağlığını destekleyici yenilikler de yasa ile getirilmiştir. Örneğin, 10 haftaya kadar istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, aile planlaması hizmetlerinin daha yaygın ve ulaşılabilir olmasını temin için ebe-hemşirelere uygulama yetkisinin verilmesi, cerrahi sterilizasyona izin verilmesi, sektörlerarası işbirliğinin güçlendirilmesi gibi. Yani 1983'den beri ülkemizde AP hizmetlerine ulaşmada yasal bariyer kalmamıştır.

* ICPD'nin en fazla vurgulandığı önerilerinden biri sektörlerarası işbirliğinin güçlendirilmesidir.

Türkiye'de bu yaklaşım 1960'lardan beri benimsenmekte olup, 1983'te 2827 sayılı yasa ile aile planlaması hizmetlerinin başarısı için özellikle vurgulanmıştır. Bu yasanın ön gördüğü "Sektörlerarası Nüfus Planlama Danışma Kurulu" Sağlık Bakanının başkanlığında 1993 yılında kurularak işletilmeye başlamıştır. Ülkemizde Nüfus ve aile planlaması konularında sektörlerarası iletişim ve işbirliğini artırıcı fonksiyonu olan bu kurulun kapsamı ve işlevi, 1994-Kahire Konferansından sonra genişletilerek "Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışma Kurulu" şeklinde çalışmalarını sürdürmüştür.

Bu kurul: ICPD paralelinde sektörlerin motivasyonu, yeni proje, program ve yaklaşımların başlatılması, konuya ilişkin uygulamaların izleme ve değerlendirmelerinin yapılması açılarından fonksiyonu çok önemli olan bir mekanizmadır.

* ICPD'nin ulusal ölçekte uygulamalara daha gerçekçi bir şekilde yansımaları olarak "Ulusal Stratejiler ve Aksiyon Planları" geliştirildi. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü'nün koordinasyonunda geliştirilen, "Çocuklara Yönelik Ulusal Faaliyet Programı" ve "Kadın Sağlığı/Aile Planlaması Stratejik Planı"; tüm ICPD önerilerini ve diğer pek çok uluslararası bildirimlerdeki önerileri de kapsayan güncel, gerçekçi ulusal program örnekleridir.

* ICPD'nin DPT tarafından hazırlanan VII. Beş yıllık plan hazırlıkları ile eş zamanlı olması, plana "doğurganlığın düzenlenmesi, özgür ve bilinçli seçim yapabilecek türde kadın sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, hedef kitlelerin ihtiyaç ve tercihlerini dikkate alan bir yaklaşım" gibi yeni bazı kavramların plan stratejisine girmesini sağladı. Ayrıca, Nüfus ve aile planlaması ayrı bir yapısal proje olarak 20 yeni ulusal proje arasında yer aldı.

* ICPD'den sonra Nüfus/Üreme Sağlığı/Aile Planlaması konularında veri toplayan kuruluşların çalışmalarında da bir canlanma oldu. Kurumların güçlendirilmesine ilişkin projeler ağırlık kazandı.

* Türkiye'de, kadınların statülerinin güçlendirilmesi, 1990 yılından beri "Kadının Statüsü ve Sorunları" (KSS) Genel Müdürlüğü'nün de kurulması ile özel olarak üzerinde durulan bir konudur. Özellikle üreme sağlığında kadının toplumsal statüsünün belirleyici rol oynaması konunun önemini bir kat daha artırmaktadır.

KSS Genel Müdürlüğü konuya ilişkin araştırmalar, konunun savunulması, yasalarda mevcut eksikliklerin ya da kadına karşı ayırıcı hükümlerin giderilmesi için çalışmalarını sürdürmektedir. Esasen 1995'de yapılan Pekin IV. Dünya Kadın Konferansı Eylem Programının ülkemizde uygulanması ile ilgili izleme ve değerlendirmelerde koordinasyon görevini KSS Genel Müdürlüğü yürütmektedir. Kuşkusuz etkili olarak kullandığı takdirde bu da olumlu bir mekanizmadır.

ICPD'den sonra Türkiye'de Üreme Sağlığı ve AP hizmetlerini doğrudan iyileştirmeye yönelik yapılanlar:

* Geleneksel AÇS/AP yaklaşımı Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı (AP dahil) olarak gerek kavram gerekse hizmetlerde ve eğitimde daha kapsamlı hale getirildi.

* ICPD ve Pekin Konferanslarının ÜS/AP konularındaki öneri ve yaklaşımları mümkün olduğunca duyurulmaya çalışıldı.

* Hekim ve hekim olmayan sağlık personelinin ÜS/AP mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimlerinin güçlendirilmesi için tıp fakülteleri, ebe-hemşire okulları ve hizmet içi eğitimlerin müfredat programları yeniden düzenlendi. ICPD'de özel olarak vurgulanan, "Danışmanlık" hizmetleri, gönüllü bilinçli seçimin garanti edilmesi ile ilgili hususlar eğitim programlarında güçlendirildi.

* Ülkede verilen aile planlaması hizmetlerinde (danışmanlık, enfeksiyonun önlenmesi, genital yol enfeksiyonlarının AP hizmetlerine entegrasyonu dahil) belli bir standart belirlemek, eğitim ve hizmet sunumlarını geliştirilen bu standartlar paralelinde yapmak, hizmetlerin niteliğini yükseltmede önemli bir ön koşuldur. 1994 yılında sözü edilen standartlar sektörlerarası işbirliği ile, özenli bir çalışma sonucu geliştirildi. "Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi" olarak yayınlanarak ülke düzeyinde dağıtım yapıldı ve ilgili birimlerin kullanması sağlandı.

* Kontraseptif çeşidinin artırılması; Ülkemizdeki, etkili kontraseptif yöntem kullanımını artırmak, aile planlamasında kar-

şianamayan gereksinimi azaltılmak amacı ile halen mevcut RİA, Oral Kontraseptif, Kondom, Cerrahi Sterilizasyon gibi etkili yöntemlere, Norplant, enjekte edilebilir kontraseptifler gibi yöntemlerin de eklenebilmesi için ön çalışmalar yapılarak her iki yeni yöntemin de Ulusal AP Programlarına girmesi için ilke kararı alınmıştır.

* Postpartum ve Postabortus ödemde kontrasepsiyon hizmetlerinin sunulması, İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve etkili yöntem kullanımını artırmak için gerek postpartum gerekse abortus sonrası dönemlerin mutlaka değerlendirilmesi gerekir. Yapılan ön çalışmalar, uygun zamanlarda Bilgilendirme ve Eğitim hizmetleri, doğum ve isteyerek düşük sonrasında hemen, klinik AP hizmetleri verildiğinde, etkili KS yöntemi kabulünün ve kullanımının önemli ölçüde arttığını göstermiştir. Halen bu yaklaşımların, AP'de kaçınılmaması gereken fırsatlar olarak ulusal programlara entegrasyon çalışmaları sürdürülmektedir.

* Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasında topluma dayalı hizmet programlarının yürütülmesi. Bu konuda NGO'ların da işbirliği ile özellikle aile planlamasında, toplumun bilgilendirilmesi, motivasyonu ve mevcut sağlık kuruluşlarının kullanımının artırılması için gerek kırsal alanda gerekse gecekondu bölgelerinde başarılı programlar yürütülmüş olup ülkemiz için uygun modeller geliştirilmiştir. Bu yaklaşımın yaygınlaştırılması çalışmaları sürdürülmektedir.

* Müstakil Aile Sağlığı (ÜS/AP ağırlıklı) kliniklerinin kurulması: Bu yaklaşımda, geleneksel AÇS/AP merkezleri yerine, ÜS hizmetlerini kapsamlı olarak verebilen kliniklerin fonksiyone edilmesi ön görülmektedir. Pilot uygulama olarak hizmet gören Adana Müstakil Aile Sağlığı Kliniğinin çalışmaları, böyle bir yaklaşımın, hizmet sunumunu ve kullanımını önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Bu tür kliniklerin ihtiyacın fazla olduğu yörelerde yaygınlaştırılması planlanmıştır.

* Güvenli Annelik yaklaşımı: ICPD eylem planında da önerilen, gebelik süresince nitelikli ve yeterli doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, yeni doğan bakımı, acil obstetrik müdahale ve aile planlaması hizmetlerini içeren bütüncül bir yaklaşım olan Güvenli Annelik programının 8 ilde gerçekleştirilen uygulamaları, ülkemiz için gerekli ve uygun bir yaklaşım olduğunu göstermiştir. Bu programın yaygınlaştırılması için çalışmalar sürdürülmektedir.

* Üremeye yardımcı tedavi merkezleri ile ilgili 1987 yılında hazırlanmış olan ilk yönetmelik 1996 yılında güncel teknolojik gelişmeler paralelinde tekrar düzenlenerek hizmetler yeniden standardize edilmiştir.

* CYBH ve HIV/AIDS'in kontrolü programı konusunun üzerinde, özellikle Gönüllü Kuruluşların da işbirliği ile özenle kurulmaktadır. SB'da bir örgütlenmeye gidilerek sekreteryasını bir gönüllü kuruluşun yürüttüğü Ulusal AIDS Komisyonu kurulmuştur.

* Aile planlaması uygulamalarında erkek katılımını sağlamak amacıyla yapılan ön çalışmalar, erkekleri motive edici BEİ yaklaşımlarının ailelerin etkili kontraseptif yöntemlerle korunma oranlarını yükselttiğini göstermiştir. Erkekler için konu ile ilgili broşürler, TV-spotları ve dramalar üretilmiştir. Pilot uygulamaların, yaygınlaştırılarak mutlaka süreklilik kazanması gerekmektedir.

* Sosyal Pazarlama Programları: AP'da etkili kontraseptif yöntem kullanımını artırmak amacı ile, ülkemizde Oral Kontraseptif ve Kondom'la ilgili sınırlı, ancak başarılı sosyal pazarlama programı örnekleri gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşımın ulusal programlarda daha etkin ve yaygın kullanılmasının yararı olacağı düşünülmektedir.

* Bilgilendirme Eğitim ve İletişim (BEİ) etkinlikleri: Tüm ÜS konularında toplumun yeterli ve doğru bilgiye sahip olması ve bu konuda sağlık çalışanları, medya, gönüllü kuruluşlar ve diğer ilgili sektörlerin üzerlerine düşeni yapması temel strateji olarak benimsenmiş olup, Kadın Sağlığı Stratejik Planımızca da ne tür faaliyetlerin yapılması gerektiği belirlenmiştir. Uluslararası kuruluşların da işbirliği ile halk ve sağlık personeli için çok çeşitli (flip book, broşürler, video filmler, spotlar gibi) BEİ materyali üretilmiş olup özellikle bunların birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanımı sağlanmıştır. Bu kapsamda ülke genelinde BEİ materyali üreten, sağlık personelinin konu ile ilgili eğitimini yapabilecek, tüm ülkeye hitabeden Ankara, Bursa ve Sivas'ta olmak üzere 3 iletişim merkezi kurulmuş olup hizmetlerini sürdürmektedir.

* ÜS/AP hizmetlerinde Gönüllü Kuruluşlar ve özel sektörün katılımını özendirici çalışmalara özellikle ICPD sonrası ağırlık verilmiştir. Bu amaçla 1996 yılında "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmet Sistemi" (KAPS) adında organize bir sistem oluşturulmuştur.

Ayrıca 17 Gönüllü Kuruluşun bir araya geldiği Kadın Sağlığı Komisyonu (KASAKOM) kurulmuş olup, bu komisyon ülkemizde ÜS hizmet açığı en fazla olan 12 Doğu ve Güneydoğu ilini kapsayacak şekilde bir proje oluşturmuştur. Bu projenin 1999 yılına uygulama konulması planlanmıştır. Bu projenin diğer bir amacı da kadın sağlığında hizmet sunan gönüllü kuruluşların güçlendirilmesi, toplumun katkı ve katılımının sağlanmasıdır.

* Ülke çapında gerçekleştirilen araştırmalar: Türkiye'de 1963 yılından beri her 5 yılda bir Nüfus Sağlık araştırmaları yapılmaktadır. Programlara yön verme açısından son derece değerli olan bu araştırmaların sonucunu 1993 yılında gerçekleştirilmiş olup, bu yıl yani 1998'de tekrar yapılması planlanmıştır.

* Anne ölümlerinin ve nedenlerinin araştırılması: Bu çalışma 53 ilimizin 615 hastanesinde 1 yıl süre ile bilgi toplanmasına dayalı bir çalışma olup Haziran 1998'de tamamlanacaktır. Ancak ön bulgular bile, ülkemizde anne ölümlerinin önemli boyutta olduğunu ve anne ölümlerinin önemli bir kısmının kolayca önenebilir nedenlere bağlı meydana geldiğini göstermiştir.

* Uluslararası işbirliği: Türkiye geleneksel olarak sağlık alanında pek çok uluslararası kuruluşlarla yakın işbirliği yapmaktadır. Bu işbirliği çalışmaları, maddi katkı sağlamanın ötesinde ülkemizin güncel, uygun teknolojiyi izlemesi açısından da önemlidir. ICPD sonrası bu tür işbirliklerine ülkemizin ihtiyaçları doğrultusunda daha da hız verilmiştir.

3.2 ICD paralelinde Türkiye'de yapılması gerekenler:

Genel bir değerlendirme yapıldığında, ülkemizde ÜS konusunda gerçekleştirilenler ve başlatılan programların pek çoğu ICPD ve IV. Dünya Kadın Konferansının eylem programları paralelinde dir.

Ancak ülkemizde ÜS'na ilişkin son durumu, mevcut istatistik verilerimiz ışığında değerlendirdiğimizde ICPD eylem planında taahhüt ettiğimiz hedeflere ne ölçüde yaklaştığımızı ya da diğer bir ifade ile daha ne kadar yol almamız gerektiğini açık olarak görebiliriz.

* Türkiye nüfusu 1997 Nüfus sayımına göre 62. 606. 157'dir. Halen üreme dönemi kadınlar nüfusun %25'i, 15 yaş altı çocuklar ise nüfusun %35'ini oluşturmaktadır.

Yıllara göre doğurganlık hızlarımızda önemli düşüşler sağlanmış olup, toplam doğurganlık hızı bir kadın için 2.7 (1993), yıllık nüfus artış hızımız ise %1.4 (1997)'dir.

Aile planlamasında yöntem kullananlar %63 olup etkili yöntem kullananlar %35'dir. İsteyerek düşükler 100 gebelikte 17.9 oranındadır. Artık çocuk istemeyenler arasında herhangi bir yöntem ile korunmayanların oranı %12'dir. Yılda 1.3 milyon doğum olan ülkemizde gebelerin %63'ü doğum öncesi bakım almakta %76 doğum sağlık personeli yardımı ile olurken %24 doğum evde kendi kendine yapılmaktadır. Daha fazla çocuk istemeyen ailelerin oranı %70 olup son 5 yıldaki doğumların %27'si istenmeyen gebelikler sonucu olmuştur.

Üreme dönemi tüm kadınların %68'i yaş, doğum aralığı yada gebelik sayısı yönünden en az bir risk faktörü taşımaktadır.

Aile planlaması ile ilgili BEİ ve klinik hizmetlerde hedef olarak erkekler yetersiz ele alınmakta, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda adolesanlar en ihmal eden grubu oluşturmaktadır.

ÜS hizmetleri dahil genel olarak sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, ihtiyacı olanın uygun şekilde yararlanabileceği nitelikte değildir. Kadın sağlığını adolesan, üreme ve post menapozal dönem olarak bütüncül bir yaklaşımla ele alan ÜS hizmetleri rutin hale getirilememiştir. Kadın sağlığında, erken tanıyı da içeren koruyucu hizmetler toplumsal düzeyde istenilen nitelik ve niceliğe henüz ulaşamamıştır.

Cumhuriyet döneminde sağlanan tüm iyileşmelere rağmen, kadının toplumsal statüsü, sağlığını ve sağlık hizmetlerinden yararlanması önemli ölçüde etkileyecek kadar düşüktür. Bu açıdan bölgeler arası farklılıklar da çok belirgindir.

Türkiye'de ÜS ile ilgili yukarıda özetlenen tablo bize ICPD önerileri paralelinde daha pek çok hizmetin, programın gerçekleştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler;

* Özellikle ICPD sonrası, ÜS ile ilgili eylem planı paralelinde başlatılan çalışmalar pilot uygulamalar halinde kalmayıp mutlaka ülkeye genellenen rutin uygulamalar haline getirilmelidir. Ancak o zaman olumlu etkileri ülke düzeyine yansıyabilecektir.

* Sağlıkla ilgili ICPD ve benzer uluslararası kararlar ve öneriler, bir kereye mahsus dilekler gibi görülmemelidir, hükümetlerce, sağlık alanında ülkeleri için dünya kamuoyuna taahhüt ettikleri "şartlar" "yükümlülükler" olarak kabul edilmeli ve bu yükümlülükler gerçekleştirilene dek hükümet programlarında yer almalıdır.

* Ülkelerin, uluslararası karar ve önerileri uygulamadaki başarıları ulusal ve uluslararası izleme mekanizmaları ile değerlendirilmeli, ülkeler arası deneyimlerin paylaşılacağı bir platform (network) oluşturulmalıdır.

* Sağlıkla ilgilenen sektörlerin (kamu, özel, ve sivil toplum kuruluşlarının) potansiyelleri iyi değerlendirilerek, olumlu bir işbirliği atmosferinde gerekli koordinasyonla, hizmetler güçlendirilmeli, toplumun katkı ve katılımı da sağlanarak hizmetlerden daha fazla yararlanılması gerçekleştirilmelidir. Bu konuda yasal görevi ve konumu nedeni ile Sağlık Bakanlığının liderliğine ihtiyaç vardır. Bu liderlik ve sorumluluğun yerine getirilmesi ise ancak her düzeyde sürekliliği olan yetişmiş kadroların, hedefleri ve stratejileri belirlenmiş plan ve programların varlığı ve uygulanması ile mümkün olacaktır.

* Sağlık hedefi, strateji ve politikası mutlaka olmalıdır ancak sağlık politik bir araç gibi görülmemelidir, kullanılmamalıdır. Gelişmekte olan pek çok ülkede mevcut olan bu gerçek, belki de toplumun sağlığını en olumsuz etkileyen bir faktör olarak en başta mücadele edilmesi gereken bir husustur.

KAYNAKLAR:

- 1-"Turkey Demographic and Health Survey", 1993, MoH, GD MCH/FP; Hacettepe University IPS and Macro International Inc., Ankara, 1994.
- 2-Akın A., Bertan M. "Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 DHS" Publication of the MoH (Turkey), Hacettepe University Public Health Department, Ankara, 1996.
- 3-Ermumcu, G., "Population Issues, Health, Development and Environmental Perspectives in the World and in Turkey", Ed., Akın A., Publication of MoH (Turkey), Ankara, 1995.
- 4-"Population and Development Programme of Action adopted at the ICPD" UN Publication, Ankara, 1995.
- 5-Akın, A., "Summary Report on the International Conference on Population and Development", Publication of the MoH MCH/FP GD., Ankara, 1994.
- 6-"Implementation of the Programme of Action of the ICPD in Turkey", Publication of The State Planning Organization of Turkey, Ankara, 1997.
- 7-"Women in Statistics, Turkey, 1995". Publication of the State Institute of Statistics, Ankara, 1995.
- 8-"Towards the year 2000 National Programs for Children in Turkey", Publication of the MoH, MCH/FP General Directorate, Ankara, 1995.
- 9-"National Strategic Plan for Women's Health and Family Planning (Turkey)", Publication of The MoH, MCH/FP General Directorate, Ankara, 1996.
- 10-"Trends in Fertility, Family Planning and Childhood Mortality in Turkey", Publication of The MoH, MCH/FP General Directorate, Hacettepe University IPS, DHS Macro International Inc., Ankara, 1995.
- 11-"The Status of Women in Turkey. The Turkish National Report to the Fourth World Conference on Women", Publication of the GD. on The Status and Problems of Women, Ankara, 1994.
- 12-Franz, E., "Population Policy in Turkey" Deutsches Orient-Institut Hamburg, 1994.
- 13-"National Family Planning Service Guidelines", Publication of MoH, MCH/FP GD. and Human Resource Development Foundation, Ankara, 1994.
- 14-"Country Health Report 1997", Publication of MoH (Turkey), Ankara, 1997.
- 15-Akın, A., Ergör, G., "Reproductive Health Transition in Turkey", Feedback, ICOMP Publication, Vol. XXIII No. 2, 1997.
- 16-"Fertility Trends, Women's Status, and Reproductive Expectations in Turkey, Results of Further Analysis of The 1993 Turkish DHS. Publication of Hacettepe Univ. IPS. and Macro International Inc., Ankara, 1997.

ENFEKSİYÖZ GASTRO-ENTERİTLER

Prof. Dr. İsmail H. DÜNDAR

ÇÜ Tıp Fak., Kl. Bakt. ve Enf. Hast. ABD, ADANA.

TARİF

İshal enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan pek çok nedenle ortaya çıkan bir semptomdur. Ancak gastrointestinal sistemindeki muhtelif patolojiler sonucu ortaya çıkarm bu klinik tablo etiopatogenezde rol oynayan sebeplerin yanı sıra sıvı ve elektrolit kaybı ile özellikle hostun kondisyonuna bağlı olarak olumsuz bir prognoza neden olabilirken diğer yandan hostta yarattığı dramatik tablo ve şikayetler nedeniyle insanlık tarihinin en eski tanımlanmış ve bu arada en çok ölüme neden olmuş hastalık gruplarından birini oluşturmaktadır.

ETİOPATOGENEZ

Etiopatogenezin bu kadar zenginliği; lokalize ve çok basit sebeplere sistemik patolojilerin eklenebiliyor olması; hostun kondisyonu itibarıyla prognozun olumsuz olabilmesi; kişisel sorunların yanı sıra olayın toplumsal boyutlar arz edebilmesi bunun sonucunda tarih boyunca kaybedilenlerin sayısı konunun önemini ortaya koymaktadır.

- Alınan gıdalar ve beslenme rejimi
- Alınan ilaçlar gibi, sebeplerle hastalık söz konusu olmaksızın ishal gözlenebilirken örneğin;
- Enflamatuvar barsak hastalıkları
- Hormonal bozukluklar (Hipertiroidi, Diabetes mellitus)
- Nörovegetatif bozukluklar
- Malignensiler gibi enfeksiyöz olmayan pekçok GIS'e ait veya sistemik patolojilerin yanısıra
- Çok sayıda mikroorganizmanın neden olduğu enfeksiyöz nedenli diyareler bu tabloyu oluşturmaktadır.

Etiyoloji bu kadar zengin olunca elbetteki alınacak tedbirler ve özellikle tedavi açısından tanı ve özellikle de ayırıcı tanı fevkalade önem arz etmektedir.

Tüm dünyada ve özellikle az gelişmiş ülkelerde en sık görülen malnütrisyon vb faktörlerin de etkisiyle özellikle çocuklarda ciddi sonuçlar oluşturabilen bu hastalık grubu çok hafif klinik seyirden ileri derecede sıvı kaybına bağlı kötü prognoza kadar değişen geniş bir spektruma sahiptir. Bu nedenle olgularda tüm parametrelerin dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Zira bu bulgu ve veriler olguyu değerlendirmede, tedavide öncelikleri belirlemede ve olayın etiopatogenezini ortaya koymada çok önemlidir. Bu itibarla;

- Şikayetler (Ateş, karın ağrısı, tenezm, iştahsızlık, bulantı-kusma, diyare ve sayısı, kilo kaybı vd.).
- Öykü (yenilen besin türü, yolculuk, cinsel eğilimler, enkübasyon periyodu, antibiyotik kullanımı, dışkı özellikleri, immünsistemin durumuna ait bilgiler)
- Fizik muayene bulguları
- Laboratuvar tanı
- Rutin laboratuvar tetkikleri
- Dışkının makroskopik ve mikroskopik incelenmesi
- Dışkının mikrobiyolojik incelenmesi
- Serolojik tanı
- Toksin araştırılması
- Rektosigmoidoskopi (endoskopik bulgular)
- Radyolojik veya diğer görüntüleme yöntemleri ile elde edilen bulgular herbiri tek tek değerlendirilmelidir.

Herhangi bir bakterinin yiyecek ve içeceklerde çoğalması ve toksin oluşturması sonucu bunların alınmasıyla ortaya çıkan bakteriyel besin zehirlenmelerinde enkübasyon periyodu çok kısadır. Örneğin stafilokoksik besin zehirlenmelerinde 1-6 saat; Bacillus cereus ve Clostridium perfringens ile olan besin zehirlenmelerinde 8-14 saattir. Buna karşılık V. cholerae ve enterotoksijenik E. coli gibi intestinal sistemde toksin oluşturarak veya Shigella, Salmonella, Enteroinvazif E. coli, Yersinia, V. parahemolyticus gibi intestinal sistem invazyonu ile klinik tabloyu oluşturan etkenlerde enkübasyon periyodu 16 saatten uzundur ve bu olgularda ateş görülür. Oysaki enterotoksijenik, paraziter ve viral kaynaklı olgularda ateş gözlenmez.

Dışkının kıvamı, kan ve mukus içerip içermediği etken hakkında; dışkılama sayısı ve miktarı ise örneğin; sayı çok ve miktar az ise kolon, aksi ise incebarsak tutulumunu göstermesi gibi yerleşim yeri hakkında fikir verebilir. Karın ağrısı pekçok enfeksiyöz ishal sırasında görülen bir semptom olmakla birlikte özellikle kolonun tutulduğu durumlarda kramp tarzında karın ağrıları ve tenezm, belirgindir. Amipli ve basilli dizanteri, Salmonella ve campylobacter enterokoliti gibi. Keza ishalin uzun süre devam etmesi paraziter veya mikotik bir orijini düşündürür.

Yenilen besin türü de alınan etkenin tahmin edilmesinde önem arz etmektedir. Süt, yumurta, patates, kümes hayvanları gibi proteinli gıdalar Stafilokok, Salmonella ve Campylobacter jejuni için kaynak olabilirken; salam, sucuk, konserve et suyu ve soslarla Clostridium perfringens bulaşabilir. Bacillus cereus'un bulaşmasında pilav, makarna ve süt tozu bildirilirken; Yersinia'nın başlıca kaynağı süttür; çiğ deniz ürünleri ile özellikle uzak doğuda yaygın olmak üzere Vibrio parahemolyticus bulaşmaktadır.

Geniş spektrumlu antibiyotik kullanılması candidiyal GIS enfeksiyonuna neden olabilirken; clindamycin, lincosamin gibi makrolid antibiyotikler başta olmak üzere diğer bazı antibiyotiklerin (ampicilin, gentamycin, tobramycin, chloramphenicol, tetracycline, metronidazole) kullanımı GIS florasını etkileyerek Clostridium difficile nin etken olduğu bir kolitin nedeni olabildiğinden hastanın son 6 haftada kullandığı antibiyotiklerin bilinmesi önemlidir.

Yolculuk (traveller) ishalinde pekçok etken ama özellikle Enterotoksijenik (ETEC) E. coli etken olabilir.

Hostun immün direnci elbetteki tüm enfeksiyöz hastalıklara ve malignensilere predispozisyonu belirlemede fevkalade önemlidir. Bu kişilerde mutad etkenler dışında diğer bazı mikroorganizmalarda ishal etkeni olabilir. Rotavirus dışında CMV, HSV, Cocksackie virüslerin yanısıra; Salmonella ve Mycobacterium avium complex gibi bakteriler; Giardia, Entamoeba, Strongyloides, Isospora ve Cryptosporidiumlar da etken olarak düşünülmelidir.

Komplikasyonların geliştiği bazı enfeksiyöz ishal oigularında farklı klinik bulgular tabloyu değiştirebilir. *Yersinia enterocolitica* mezenterik lenf adenit ve terminal ileit yaparak apandisit taklit eden tablolar oluşturur.

Yersinia, *Salmonella*, *Shigella* ve *Campylobacter* bağlı enfeksiyöz ishallerde reaktif artrit; keza *Yersinia* nedeniyle eritema nodosum gelişebilir.

Etiyolojisi çok zengin olan ishallerin enfeksiyöz nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

(A) Akut Bakteriyel İshaller:

-Shigellosis (=Basilli dizanteri)(*S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*)

-*Escherichia coli* enfeksiyonları (ETEC, EPEC, EAggEC, EHEC, EIEC)

-*Campylobacter* enfeksiyonları (*C. jejuni*, *C. coli*, *C. lari*, *C. fetus* vd.)

-*Yersinia enterocolitica* enfeksiyonları (*Y. enterocolitica*, *Y. pseudotuberculosis*, *Y. intermedia*)

-Antibiyotiğe bağlı kolitler (*Clostridium difficile* koliti)

-Zaman zaman ishal etken olanlar (*Aeromonas*, *Plesiomonas* enfeksiyonları ve aşırı bakteri üremesine "Bacterial Overgrowth" bağlı ishaller).

(B) Farklı Özellikleri Olan Bakteriyel Enfeksiyonlar:

-Kolera (*Vibrio cholerae*)

-Tifo ve tifo dışı *Salmonellosis* (sistemik veya lokalize enfeksiyonlarda kombine olabilir)

-Besin zehirlenmeleri (*Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Vibrio parahaemolyticus*)

(C) Viral Gastroenteritler:

-Rotaviruslar

-Norwalk ve benzeri virüsler

-Enterik adenovirüsler

(D) İntestinal Parazitler:

-İntestinal protozoonlar (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium* türleri, *Isospora belli*, *Balantidium coli*)

-Diphylobotriasis, Anisakiasis (Japonya, Hollanda ve İskandinav ülkelerinde).

KONFERANSLAR

SAĞLIKLI YAŞAMA GİDEN YOL: YETERLİ ve DENGELİ BESLENME

Prof. Dr. Sevinç YÜCECAN

HÜ Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

Beslenme yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturur. Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerinin herbirini yeterli miktarlarda sağlayacak olan besinlerin besleyici değerlerini yitirmeden, sağlığı bozucu duruma getirmeden en ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır. Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin herbirinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu "yeterli ve dengeli beslenme" deyişi ile açıklanır. Bu besin öğeleri vücudun gereksinimi düzeyinde alınmazsa, yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılamadığından "yetersiz beslenme" durumu oluşur. İnsan gereğinden çok yerse, bu besin öğelerini gereğinden çok alır. Çok alınan bu öğeler vücutta yağ olarak biriktiğinden sağlık için zararlıdır. Bu durum "dengesiz beslenmedir". İnsan yeterince yemesine karşın, uygun seçim yapmadığı ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığı için bu besin öğelerinin bazılarını alamayabilir. Bu durumda o besin öğesinin vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilmediğinden yine sağlık bozukluğu oluşur. Bu durum da "dengesiz beslenme" dir. Yetersiz ve dengesiz beslenme durumlarında vücudun büyüme, gelişme ve normal çalışmasında aksaklıklar olacağından yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelidir.

Yetersiz Beslenmeye İlgili Sağlık Sorunları

Yetersiz beslenmeye ilgili sağlık sorunlarının başlıcaları; protein-enerji malnütrisyonu, anemi, raşitizm, endemik guatr ve kretinizm, vitamin ve mineral yetersizlikleridir.

Protein Enerji Malnütrisyonu

Ülkemizde tüm ölümlerin yarısına yakını 0-5 yaşlarında meydana gelmektedir ve bunların yarısından çoğu malnütrisyon ve malnütrisyon nedeniyle ağır seyreden enfeksiyon hastalıklarına bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamalarına göre yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuk ölümlerinin %7 sinin birincil, %46 sının ikincil nedenidir. Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuk dirençsiz olduğundan sık hastalanmakta ve hastalığı ağır seyrederek ölüme sonuculanmaktadır.

Çocuklarda malnütrisyonun yaygınlığını etkileyen etmenler çok çeşitlidir ve hepsi birbirine az çok bağımlıdır. Yapılan çeşitli araştırmalara göre malnütrisyon oluşumunda önemli olduğu saptanan etmenler çocuğun cinsiyeti, aile tipi, ailedeki kişi sayısı, ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın eğitim durumu, beslenme konusundaki bilgi ve alışkanlıklar, anne yaşı, annenin doğum aralığı, çocuğun doğum ağırlığı, yaşayan kardeş sayısı, ölen kardeş sayısı, çocuğun istenmemesi, enfeksiyon hastalıklarıdır.

Malnütrisyon ve enfeksiyonlar arasında iki yönlü bir ilişki mevcuttur. Ne tür bir enfeksiyon olursa olsun, metabolizmanın hızlanması ve kayıplar nedeniyle, besin gereksinimi artmakta, buna karşılık besin alımı azalmaktadır. Malnütrisyonda ise organizmanın savunma mekanizmasının bozulması nedeniyle, enfeksiyonlar daha fazla oluşmaktadır. Bunun sonucu olarak enfeksiyonlar malnütrisyona, malnütrisyon ise daha fazla enfeksiyon geçirilmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak ilk başlatan neden ne olursa olsun enfeksiyonlar ve malnütrisyon arasında bir kısır döngü oluşmaktadır. Yetersiz beslenme sonucu hastalıklara direncin azalmasıyla enfeksiyon hastalıkları riskinin artması ve çalışma yeteneğinin azalması da söz konusudur. Nitekim bu sorunlardan etkilenen grupların başında: okul öncesi yaş grubundaki çocuklar ve ağır işte çalışan işçiler gelir (1, 2).

Anemi: Ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olan beslenme anemileri özellikle demir, folik asit, vitamin B12, vitamin B6 ve vitamin E yetersizliklerine bağlı olarak görülmektedir. En sık görüleni ise demir eksikliği anemisisidir. Demir eksikliği patogenezinde fizyolojik gereksinimlerin artması, hemoraji ile kan kayıpları, yetersiz demir alımı ve malabsorpsiyonlar olmak üzere üç temel etmen vardır (3). Anemide kanın oksijen taşıma yeteneği azalacağından halsizlik, yorgunluk, istahsızlık, sindirim sisteminde bozukluklar, tırnakların incelmesi, kısa nefes alıp verme gibi belirtiler görülür. Bağışıklık sistemindeki yetersizlikler sonucu enfeksiyon riski artar. Oksijen taşıma yeteneği azaldığından, çalışma performansını düşer. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen anemi tedavi edilmezse, doğacak çocuğun sağlığı da tehlikeye girer. Bu kadınların çocukları da anemik olabileceği gibi erken doğum, düşük doğum ağırlığı, konjenital bozukluk gibi sorunlar da oluşur. Ayrıca davranış, kavrama ve dikkat bozuklukları görülür. Demir yetersizliğinin büyüme ve gelişmeyi olumsuz yönde etkileyeceği bilinmektedir. Sorunlardan etkilenen grupların başında, ; okul öncesi yaş grubu çocuklar ve doğurganlık dönemindeki kadınlar gelir (1, 3, 4).

Raşitizm: Özellikle süt çocuklarında ve ilk yaşlarda çok görülür. Bununla birlikte daha büyük yaşta çocuklarda da seyrek olarak rastlanabilir. Raşitizmde, kemikler yumuşar ve kolay bükülebilir bir hal alırlar. Kemik uçlarında genişlemeler, bileklerde şişlik, kaburga kemiklerinin göğüs kemiği ile birleştiği yerde şişkinlik, bacaklarda X veya O biçimi çarpıklıklar olur. Dişler geç ve gayri muntazam çıkarlar. Bingıldak geç kapanır. Kandaki alkalin fosfatase enzimi miktarı da artar. Vitamin D yetersizliğiyle oluşan raşitizm Tip 1, aşırı vitamin D alımı ile oluşana Tip 2 denir. Tip 1'in oluşumunda yetersiz alım, güneşten yararlanmama, böbrek bozuklukları, PTH yetersizliği (5). Tip 2'de gereksinimin 5-10 katı fazla alınması (6) rol oynar.

Daha çok yaşlı insanlarda görülen osteomalasia da ise kemikler raşitizme kıyasla daha yumuşaktır. Vitamin D kalsiyum ve/veya fosfor yetersizliğine bağlı olarak oluşur. Kalsiyum ve fosfor oranında da bir değişme vardır. Fosfora göre kalsiyum çok azalmıştır. Kemiklerin organik metriklerine yetersiz mineralizasyon sonucu iskelet sisteminde determineler görülür. Sık doğum yapan, hiç güneşe çıkmayan, kapalı gezerek güneşten yararlanmayan kadınlar arasında sık görülür (1).

Endemik Guatr ve Kretinizm: Türkiye genel olarak bir endemik guatr ülkesidir. Avrupa Tiroid Birliği değerlendirmesine göre 2. derece guatr bakımından, bütün coğrafi bölgelerimiz (+) puanı almaktadır. Bu bölgelerde kapalı ekonomi sistemi içinde yeme kullanması olan bireylerde, guatr hastalığı oluşur. Bu hastalık genellikle adölesan çağında görünür hale gelir. Doğum öncesi ve çocukluk çağında iyot yetersizliği beyin özürüyle belirlenen kretinizme neden olur(7). Endemik guatr diyetle yeterli miktarda iyodun eklenmesiyle önlenir. En etkin önleme şekli ise sofralık tuzun iyotla zenginleştirilmesidir. Ülkemizde de iyotlu tuz kullanılmaktadır. Ancak iyotlu tuzun yaygın ve sürekli bir eğitimle özellikle guatrın endemik olduğu bölgelerde kullanımı sağlanmalıdır.

Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri: Vitamin ve mineral gereksiniminin karşılanamaması çeşitli yetersizlik belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Vitamin A yetersizliğine bağlı deri belirtileri, vitamin B2 yetersizliğine bağlı dudaklarda ve dudak köşelerinde angular lezyon ve keylozis, vitamin C yetersizliğine bağlı diş eti kanamaları, demir yetersizliğine bağlı kansızlık, çinko yetersizliğine bağlı büyüme-gelişme geriliği, hipogonadizm, puberte gecikmesi, yara iyileşmesinde gecikme, koku ve tat alma duyularında azalmalar, kalsiyum yetersizliğine bağlı büyüme geriliği ve diş çürümleri bunlardan bazılarıdır(1). Ülkemizde değişik yıllar, değişik yöreler ve gruplarda yapılan gerek besin tüketimi araştırmaları, gerekse laboratuvar bulgularına dayanan araştırmalar önerilen düzeylerden daha az miktarlarda vitamin ve mineral tüketildiğini işaretlemektedir (8). Toplumun öncelikle risk gruplarını oluşturan çocuklar, gençler, gece kadınlar bu sorunlardan en fazla etkilenen gruplardır. Ağır işte çalışan işçiler de bu grup içinde değerlendirilebilirler.

Aşırı ve Hatalı Beslenmeyle İlgili Sağlık Sorunları

Aşırı ve hatalı beslenmeyle ilgili sağlık sorunları yağ içeriği yüksek saflaştırılmış besinlerin tüketimindeki artış, hareketsizlik, çevre kirliliği gibi nedenlerden kaynaklanan kronik hastalıklardır. Bu hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve osteoporoz gelir. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalardan sağlanan verilerde bu hastalıkların oluşumlarında beslenme ve yaşam biçiminin etkili olduğunu göstermektedir. Beslenme biçiminin aynı zamanda şişmanlık, guatr ve osteoporoz gibi hastalıkların oluşumunda da etkin olduğu belirlenmiştir. Beslenmede yapılacak düzeltmelerle bu hastalıklardan ölüm oranlarının azaltılabileceği belirtilmektedir. diyetle yağın azaltılması ile kalori kontrolü edilerek kardiyovasküler hastalıklar, kanser, beyin kanamaları ve felçler, diyabet ve sindirim sistemi hastalıkları, diyetle kompleks karbonhidrat içeren saflaştırılmamış kepekli tahıl ürünlerinin, kurubaklagillerin artırılmasıyla kanser ve diyabet, tuz alımının azaltılmasıyla kardiyovasküler hastalıklar, beyin kanamaları ve felçler, alkolün azaltılmasıyla kanser, beyin kanamaları ve felçler ile sindirim sistemi hastalıkları riskinin azaltılacağı bildirilmektedir(1, 9).

Yeterli ve dengeli beslenme yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Dünyada aşırı ve hatalı beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunlarının ve besin tüketimindeki sağlıksız yeni yönelişlerin düzeltilmesi için beslenme politikaları ve stratejileri konularında raporlar yayınlanmakta, halka sağlıklı beslenme ve besin tüketimi konusunda diyet önerileri yapılmaktadır. Bu öneriler aşağıda belirtilmiştir:

Yeterli ve dengeli beslenin. Bunun için gereksiniminiz olan tüm besin öğelerini birbiri ile uygun oranda ve yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri crıma üç ana öğün halinde tüketmeye dikkat edin. Ayrıca her öğünde dört besin grubundan belirli miktarda almaya özen gösterin. Besinlerin her birinde ayrı özellikte ve vücut çalışmasında ayrı işlevi olan değişik türde besin öğeleri vardır. Bu besin öğelerinin diyetteki oranları birbirlerinin emilim, metabolizma ve gereksinimi etkiler. Bu ilişkiler doğrultusunda yeterli ve dengeli bir diyet oluşturmanın temel ilkesi besin çeşitliliğine önem vermek, besinleri besin öğesi kayıplarını önleyecek ilkelere çözümlerle hazırlamak, pişirmek ve saklamaktır. Ayrıca günlük enerji ve besin öğeleri gereksinimlerinin uzun aralıklarla alınması ve bir iki öğünde tüketilmesi vücutta protein dökusunun azalmasına yağ dökusunun artmasına neden olur ve bu durum daha ileri yaşlarda kardiyovasküler hastalıklar riskini artırır (10, 11).

Boya uygun beden ağırlığınızın koruyun. Bunun için enerji alımını enerji harcamasına eşit olacak şekilde ayarlayın. BKİ'nizi 20-25 arası tutun. İdeal BKİ değerleri erkekler için 22, kadınlar için 21, menapoz sonrası için 25'dir. Son zamanlarda, sağlıklı vücut ağırlığı için BKİ'nin yanında, vücuttaki yağ dağılımını gösteren bel/kaça oranı da önerilmektedir. Hipertansiyon, hiperlipidemi gibi risk faktörlerinin belirlenmesinde ya da kardiyovasküler ve diyabet gibi bazı hastalıkların tanısında, vücuttaki yağ dağılımı, boy-kilo ilişkisinden çok daha iyi bir ölçü olabilmektedir. Bel/kaça oranı erkekler için 1.0, kadın için 0.8'dir. Bunların üzerinde aşırı değerler, artan sağlık risklerinin işareti sayılmaktadır (11). Bedende toplam yağ birikimine ek olarak, bu yağın bedenin belirli bölgelerinde toplanması ise kardiyovasküler hastalıklar, diyabet hipertansiyon safra kesesi hastalıkları felç ve genel olarak ölüm yönünden de önem taşımaktadır (12).

Diyette yağdan gelen enerji oranını %30 ve altına (%20) indirin. Yüksek yağ tüketimi şişmanlık riskini artırır. Vücutta yağ dökusunun artması, insülin rezistansına ve hiperinsülinemi'ya neden olur. Şişman ve diyabetik kişilerde inatçı yüksek plazma insülin seviyesi hipertansiyon, arteriosklerozis, hipertrigliseridemi, hiperkolesterolemi oluşumunu destekler. HDL kolesterol düzeyinin azalmasına neden olur (1, 13-16). Aşırı yağ tüketiminin özellikle meme, prostat, testis, rahim, yumurtalık ve kolon-rektum kanserlerinin oluşum riskini de yükselttiği belirtilmektedir (1, 17-19). Bu nedenle besinlerin hazırlanması ve pişirilmesinde fazla yağ kullanımını gerektirmeyen yöntemleri (haşlama, ızgara, fırında pişirme vb) tercih etmek, etle pişirilen yemeklere kesinlikle yağ koymamak, yemeklere yağ yakmadan eklemek, kızartmalardan kaçınmak, pasta, kek, kurabiye, bôrek vb hamur işlerinde çok fazla yağ kullanıldığı için bunlardan mümkün olduğunca az yemeye çalışmak, kahvaltıda yağ tüketme alışkanlığından mümkün olduğunca vazgeçmek gerekir. Ayrıca sağlıklı bir diyet için diyet yağının yağ asidi örneği 1/3 doymuş, 1/3 tekli doymamış, 1/3 çoklu doymamış civarında olacak şekilde ayarlanmalıdır(13). Bu dengeyi sağlamak için doymuş yağ çok içeren kırmızı et ve et ürünleri, yağlı süt ve süt ürünleri diyetle yer aldığında görünür yağ olarak zeytinyağı ve bitkisel sıvı yağ kullanılmalıdır. Daha çok bitkisel besinlerden oluşan diyetle bu yağlarla birlikte bir miktar tereyağı veya margarin kullanılabilir.

Günlük kolesterol alımını 300 mg ve altına indirin. Yüksek kan kolesterolü aterosjenik lipoproteinlerin arter duvarına girişini artırır. Bunun için tam yağlı süt ürünleri yerine, yağsız az yağlı süt ürünlerini, yağlı etler yerine yağsız ya da yağsız et ürünleri tercih edin, kırmızı et yerine yağsız ve çoğunlukla doymamış yağ içeren balık ve tavuk eti tüketin.

Enerjinin %12-15 ini proteinlerden sağlayın. Aşırı protein tüketimi (gereksinimin iki katından fazla) kalsiyum atımını artırır. Fazla protein alımında asit radikaller kanda artarak bir asit ortam oluşturur. Asit ortamda ise kemiğin rezorbsiyonundan sorumlu osteoklast aktivitesi artarken, kemik oluşumunu sağlayan, kemik matrisi sentezleyen ve mineralizasyonu düzenleyen osteoblast aktivitesi azalır. Bu durum osteoporoz oluşumunu hızlandırır (20). Ayrıca uzun süre aşırı protein tüketimi karaciğer ve böbreklerin üre yapma ve atma yükünü fazla artırır, göğüs ve kolon kanserlerinin oluşum riskini yükseltir (1, 21).

Enerjinin %55-60'ını karbonhidratlardan sağlayın. Diyet karbonhidratının tamamına yakın kısmının kompleks karbonhidrat olmasına özen gösterin. Basit şeker alımını azaltın. Diyetle eklenen basit karbonhidratlar (şeker) aterosjenik lipit profiline (yüksek total lipit, total kolesterol, trigliserit, LDL ve VLDL-kolesterol ve düşük HDL-kolesterol düzeyi) yol açarken kompleks karbonhidratlar ise tam tersine aterosjenik lipit profilini önleyici etki gösterir. Aşırı saflaştırılmış tahıl ürünleri ve saf şeker tüketiminin artması Tip 2 diyabet riskini de artırır. Özellikle kardiyovasküler hastalığa yakınlığı olan (genetik yakınlığın olması, orta yaş üstü erkek olmak, hareketsizlik, sigara içmek, aşırı stres, zararlı beslenme alışkanlıkları ve diyabet, hipertansiyon, şişmanlık gibi risk faktörlerine sahip olanlar) bireylerde basit karbonhidratlardan sukrozun (çay şekeri) diyetdeki miktarı minimum düzeylerde tutulmalıdır. Bunun için reçel, marmelat, bal gibi tatlıların tüketimini sınırlandırmak, kek, tatlı ve hamur işlerini azaltmak, kolalı içecekler, şekerli konserve meyve şekerli, şekerli bisküviler yerine taze meyve suları, meyve ve sebze tüketmek, çay ve kahveye şeker koymamak ya da konulan şekeri azaltmak, kompleks karbonhidrat içeren saflaştırılmamış kepekli tahıl ürünlerinin ve kurubaklagillerin tüketimini artırmak gerekir.

Baklagillerin diğer yiyeceklere göre kan şekerini daha yavaş yükselttiği, fazla posalı besinleri tüketen gruplarda serum kolesterol düzeylerinin ve iskemik kalp hastalıklarından ölümlerin düşük olduğu rapor edilmiştir (22). Nitekim tipik batı diyetlerine, enerji ve besin öğeleri düzeyleri değişmeden posası çok besinler eklendiğinde, serum lipit düzeylerinin düştüğü, daha düşük kan glikoz yanıtı olduğu görülmüştür (1, 23). Yüksek posalı diyetler insüline bağımlı olmayan diyabet tedavisinde insüline gereksinimi azaltmakta, dokuların insüline duyarlılığını artırmaktadır. Posa kanser yapıcı öğelerin barsakta kalma süresini kısaltır, barsak duvarı ile temasını azaltır, barsak pH sınırı değiştirerek bakterilerin bu tür öğeleri üretmesini engeller. Göğüs kanserine karşı da koruyucu olduğu belirtilmektedir (23). Bunun için beyaz ekmeğe yerine kepekli ekmeği tercih etmek, bir öğünde et, tavuk, balık, yumurta yerirse, öbür öğünde kurubaklagilleri tercih etmek her öğünde sebze ve meyve yemeğe çalışmak gerekir.

Hergün 5 ve daha fazla porsiyon sebze meyve özellikle yeşil ve sarı sebzelerden, narenciye grubu meyvelerden tüketin. Taze sebze ve meyvelerden sağlanan posa, biyoflavonoidler, özel tat ve koku veren indol, fenol gibi bileşikler, sülfürlü öğeler, antioksidan vitaminler koroner kalp hastalığı ve kansere karşı korur (1, 17-19).

Her yaş döneminde yeterli miktarda kalsiyuma alınmasına özen gösterin. Kalsiyum için en iyi kaynak süt ve türevleridir. Bir orta su bardağı süt (200 cc) 240 mg civarında kalsiyum içerir. Sütte bulunan kalsiyumun hipokolesterolemik etkisi vardır. Ayrıca kalsiyum HDL sentezini artırır ve sütte bulunan Hidroksimetil Glutaril CoA-Redüktaz enzimi steroid sentezini %50 azaltır (1). Otuz yaşından sonra çeşitli etmenlere bağlı olarak kemiğin kalsiyum içeriğinde azalma başlar. Kemikteki kalsiyum kaybı menapozla hızlanarak osteoporoz gelişimine neden olabilir. Osteoporoz, başta menapoz sonrası kadınlar olmak üzere genelde yaşlı bireylerde görülen kemik kırıklarının temel nedenidir. Osteoporozun oluşumunda en önemli diyetset etmenler, çocukluk ve gençlik çağları başta olmak üzere yaşamın tüm dönemlerinde yetersiz kalsiyum tüketimi, D vitamini yetersizliği, aşırı protein, tuz, kafein, ağır metallerin (alüminyum, kadmiyum, kurşun vb) alımı, olması gerekenden düşük vücut ağırlığı, flour içeriği düşük su kullanımı ve hareketsizlik (24, 25).

Diş oluşumu ve gelişme sırasında dişin direnci proteinli, kalsiyum ve fosfatlardan zengin besinler ve yeterli flor alımı ile artar (26). Bunun için en iyi kaynak süt ve türevleridir. Süt ve türevleri iyi kaliteli protein, kalsiyum ve fosfor kaynağıdır. Proteinlerin katabolizması sonucu aminler üre oluşur. Bunlar meydana gelen asit tampon ederek dekalsifikasyonu önler. Proteinlerin, mine yüzeyindeki asit üzerine etkileri incelenmiş ve asit yüzdesini azalttığı saptanmıştır. Son yapılan araştırmalara göre ise fosfoproteinlerin hidroksiapatitler ile birleşerek demineralizasyona engel olduğu belirlenmiştir. Ayrıca süt şekeri laktoz kariyojenik, kazein ise anti-kariyojenik etkiye sahiptir (27, 28).

Günlük tuz tüketiminin 5 gramı aşmamasına özen gösterin. Osteoporoz oluşumunu etkileyen etmenlerden biri de aşırı tuz alımıdır. Aşırı tuz alımı kalsiyum atılımını fazlalaştırır. Günlük olarak alınan 51 mmol tuzun 10 yıl içinde beden kalsiyumunu %7.5 oranında azaltabileceği belirtilmiştir (29). Ayrıca aşırı tuz alımı hipertansiyon ve mide kanser riskini de artırabilir (1, 19, 30, 31).

Günde en az sekiz bardak sıvı alın. Çay, kahve alımını sınırlayın. Klorlanmış su (0.7-1.2 mg/Lt) için (1, 21).

Sağlığınız için egzersiz yapın. Hergün 45-60 dakika yürüyün. Fiziksel aktivitenin artması kan basıncını, LDL kolesterolünü düşürür. HDL kolesterolünü yükseltir. Ayrıca kemik sağlığının korunmasını sağlar, osteoporoz ve şişmanlık riskini azaltır, metabolik hızı artırır (32).

Sigara içmeyin. Sigara ve tütün tüketimi kalp atışını hızlandırır, tansiyonu yükseltir, ritim bozukluklarına yol açar ve kandaki oksijen seviyesini düşürür. Ayrıca sigara dumanında damar duvarlarına zarar verici maddeler bulunduğu görülmüştür. Böylece kolesterol duvarlarda kolayca birikebilmektedir. Sigara içimi 25-hidroksi vitamin D3 ün etkin şekli olan 1, 25-dihidroksi vitamin D3'e dönüşümünü azaltır. Kandaki C vitamini düzeyini düşürür. Ayrıca osteoporozdan korunmak için de sigara içilmemelidir (1, 25, 33).

Alkol kullanmayın, ya da en aza indirin (34). Fermente içkilerin tamamen saf olmadıklarından dolayı distile içkilere tercih edilmesi önerilmektedir. Fermente olanlar arasında kırmızı şarap antioksidan özelliği olan polifenoller içerdiğinden beyaz şaraba tercih edilmelidir.

Sağlıklı yaşama giden yol: yeterli ve dengeli beslenmedir. Beslenme sorunlarının önlenmesinde ki en önemli ve etkili yöntem şüphesiz beslenme eğitimidir. Beslenme eğitimi, yeterli ve dengeli besin tüketme alışkanlıklarının geliştirilmesi, yanlış ve olumsuz beslenme uygulamalarının ortadan kaldırılması, besinlerin sağlık bozucu duruma gelmesinin önlenmesi ve besin kaynaklarının daha etkin ve ekonomik kullanımı konularında toplumu eğiterek beslenme durumunun düzeltilmesini amaçlar. Eğitimin yaygın, etkin ve sürekli olması amaca ulaştırılabilmesi için kesinlikle gereklidir. Bu arada besinlerin zenginleştirilmesi ve kontrolü, besin üretiminin artırılması, pazarlanması, dağıtımı ve depolanmasındaki düzenlemelerin yapılması, toplu beslenme uygulamalarının düzene konulması ivelikle yapılması gereken uygulamalardır.

KAYNAKLAR

1. Present Knowledge in Nutrition: Brown M.L. ed. International Life Sciences Institute, Nutrition Foundation, Washington DC, 1996.
2. Beisel W.R. Herman Award Lecture: Infection induced malnutrition from cholera cytolethins. Am. J. Clin Nutr., 62:813, 1995.
3. Bothwell T.H. Overview and mechanisms of iron regulation. Nutr. Rev., 53 (9): 237, 1995.
4. Hulthen L., Gramatkovski E., Gleerup A., et al. Iron absorption from the whole diet. Relation to meal composition, iron requirements and iron stores. Eur J. Clin Nutr., 49 (11): 794, 1995.
5. Osher L., Lembach L., Brooks T.S., et al. Rickets, A study with case report, J. Am Pediatr Med. Assoc, 86(6): 266, 1996.
6. Giraldo A., Pino W., Garcia-Ramirez L.F., et al. Vitamin D dependent rickets type 11 and normal vitamin D receptor CDNA sequence. A Cluster in a rural area of Cauca. Colombia with more than 200 affected children, Clin Genet, 48(2): 57, 1995.
7. Kirkizoğlu E. Ankara İli Çubuk İlçesi Kışlacık ve Kuruçay Köylerinde İyot Yetersizliği Prevalansı İdrarla İyot Atımı ve Beslenme Durumu İlişkisi, HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1996.
8. Yücecan S. Türkiye'de Beslenme Sorunları, Beslenme Sorunları ve Boyutları, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, 1988, Ankara.
9. Flatt J.P. Mc Collum Award Lecture: Diet, lifestyle and weight maintenance, Am J. Clin Nutr, 62:820, 1995.
10. Edeistein S.L., Barrett-Connor E.L., Vingard D.L., et al. Increased meal frequency associated with decreased cholesterol concentrations. Am. J. Clin Nutr., 55:664, 1992.
11. Pekcan, G. Şişmanlık ve Saptama Yöntemleri, Şişmanlık Çeyitli Hastalıklarda Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar. Türkiye Diyetisyenler derneği Yayını: 4, 7, 1992.

12. Bouchard C., Day G.A., Hubbard V.S. Basic and Clinical aspects of regional adiposity. *Am J Clin Nutr*, 52: 61A, 1990.
13. FAO/WHO expert consultation on fats and oils in human nutrition. *Fats and oils in human nutrition*, WHO, Food and Nutrition Paper, 57, Rome, 1984.
14. Srinivas S.T., De Marco J. Free radicals, oxidative stress, oxidized low density lipoprotein and the heart: antioxidants and other strategies to limit cardiovascular damage. *Card Med*, 59: 375, 1993.
15. Balz F. Cardiovascular disease and nutrient antioxidants: A role for naturally occurring antioxidants. *Can J Res Food Sci Nutr*, 35:69, 1995.
16. Andersen R.E., Wadden T.A., Gerber S.J., et al. Relation of body mass to changes in serum lipids and lipoproteins in obese women. *Am J Clin Nutr*, 62:390, 1995.
17. Zhang Y.H., Kramer T.R., Taylor P.R., et al. Possible immunologic importance of antioxidant in cancer prevention. *Am J Clin Nutr*, 62 S:1477, 1995.
18. Jacob R.A., Burri B.J. Oxidative damage and defense. *Am J Clin Nutr*, 40 (8): 155, 1986.
19. Bowen P.E., Moberian S. Evidence from cancer intervention and biomarker studies and the development of biochemical markers. *Am J Clin Nutr*, 62 S: 1403, 1995.
20. Isenbarger D.W., Chapin B.L. Osteoporosis. Current pharmacologic options for prevention and treatment. *Postgrad Med*, 101 (1): 129, 1997.
21. Recommended Dietary Allowances. Subcommittee on the tenth revision of the RDA's, Food and Nutrition Board Commission on Life Sciences National Research Council, National Academy Press, Washington DC, 1980.
22. Açık S., Basit ve Bileşik Karbonhidratların Kan Total Lipid Kolesterol, Trigliserit ve Lipoprotein Düzeyleri Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tez, Ankara, 1997.
23. Hunninghake D.B., Miller V.T., La Rose J.C., et al. Hypocholesterolemic effects of a dietary fiber supplement. *Am J Clin Nutr*, 59: 1050, 1994.
24. Heaney R.P. Pathophysiology of osteoporosis. *Am J Med*, 91, 3rd (8): 20, 1993.
25. Davies L.S., Holsworth D.M. Prevention of Osteoporosis: A Report on Public Health Council Report and WHO meeting. *ICF/NUT* 102 in 015756 L, 1985.
26. Sandini A. The diagnosis, classification and treatment of periodontal disease by UK general dental practitioners: results of a survey. *Prim Dent Care*, 3 (1):24, 1996.
27. Tomson M.H., Thomas C.W., Chandler M.P. In vitro and in vivo investigations into the cariogenic potential of human milk. *Diet Res*, 30 (5): 434, 1996.
28. Peterson G.H., Bradhal D. The caries decimat: a review of ecology. *Eur J Oral Sci*, 104 (4 pt 2): 433, 1996.
29. Massey L.K., Wang S.J. Dietary Salt, Urinary calcium and bone loss. *J Bone Miner Res*, 11 (5): 721, 1996.
30. Zaccarias M., Gugnon-Reyburn R., Mariss E.B., et al. Sodium chloride supplementation and urinary calcium excretion in premenopausal women. *Am J Clin Nutr*, 48: 1035, 1989.
31. Kotchen T.A., Kotchen J.M. Dietary sodium and blood pressure: interactions with other nutrients. *Am J Clin Nutr*, 65 (2 suppl): 708S, 1997.
32. Astrand P.O. Physical activity and fitness. *Am J Clin Nutr*, 56 (suppl): 1221, 1992.
33. Trumble D.L., Giuliano L.J., Portman S.P. Reduced plasma uric acid concentrations in nonsmokers regularly exposed to environmental tobacco smoke. *Am J Clin Nutr*, 53: 868, 1991.
34. Lippert C.S. Herman Avrami Lectures 1993. A Personal perspective on alcohol: Nutrition intervention. *Am J Clin Nutr*, 58: 490, 1993.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇOCUK BESLENMESİNİN ÖNEMİ

Prof. Dr. Perihan ARSLAN

HÜ Beslenme ve Diyetetik Bölümü Başkanı

Bir ülkenin kalkınma düzeyini belirlemedeki klasik ölçü, ekonomik kalkınmanın göstergesi olan birey başına gayri safi milli gelir ve yıllık büyüme hızı ise de, yoksulların gerçek durumunu ortaya koyamadığı için ulusal zenginlikteki payını tam olarak yansıtmamaktadır. Oysa, ekonomik kalkınmanın yanında sosyal kalkınmanın da önemi tartışılmayacak kadar büyüktür. Sosyal kalkınmanın en güvenilir göstergelerinden birisi de hiç şüphesiz bebek ve çocukların ölümleri ve sağlıklarına ilişkin sorunların azaltılmasıdır.

Yaşamın her evresinde olmakla birlikte özellikle bebeklik ve çocukluk yıllarında sağlıklı olabilmenin temel koşullarından birisi belki de en önemli yeterli ve dengeli beslenmedir. Beslenme, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yeteneklerini etkileyerek toplumun ekonomik ve kültürel yönden gelişmesini sağlar.

Ülkelerin gelişmişliği bebek ve beş yaş altı çocukların ölüm hızlarına göre değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Bebek Ölüm Hızına (BÖH) ilişkin sınıflamasına göre; bir ülkede 0-1 yaş grubunda her bin canlı doğumdan 100'den fazla bebek ölüyorsa, BÖH çok yüksek, bu değer 55-100 arasında ise yüksek, 25-50 arasında ise orta, 25'ten az ise BÖH düşük olarak değerlendirilmektedir. Bu sınıflamaya göre Türkiye'de BÖH 1989 yılında binde 74, 1990 yılında binde 69, 1993'de 53 ve 1996 yılında binde 42.2'dir. Benzeri sınıflama 5 yaşından küçük çocukların ölüm hızı (5 YKÖH) için de yapılmıştır. Buna göre her bin çocuktan 140'ın üzerinde çocuk 5 yaşına gelmeden ölüyorsa 5YKÖH çok yüksek, 140-71 ise yüksek, 70-21 ise orta ve 20'den daha az binde 90, 1990'da binde 80, 1993'de binde 61 ve 1996 yılında ise binde 50'dir(1-5).

Altmış beş milyona yaklaşan Türkiye nüfusunun %12'si olan 5 yaş altı nüfusta ölümler bu yaş çocuk nüfusunun %50'sini, toplam ölümlerin ise %20-25'ini oluşturmaktadır (6).

Türkiye'de Neden Bebek ve Çocuk Ölümleri Fazla?

Bunu inceleyebilmek için toplumun beslenme düzeni ve bunu hangi faktörlerin etkilediği gözden geçirilmelidir. Bir toplumun beslenme düzenini pek çok faktör etkiler. Bunlar: coğrafi konum, iklim, besin üretimi ve tüketimi, sosyal, ekonomik ve kültürel yapı, iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabilme olarak sıralanabilir.

Ülkemizin farklı coğrafi konumu ve iklime bağlı özellikleri toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısını dolayısı ile beslenme düzenini etkileyen faktörlerdendir. Coğrafi farklılıkların kalkınma düzeyini etkilediği bir gerçektir. Bu farklılıklar BÖH'na yansımaktadır. Yapılan çalışmalarda Doğu Anadolu'da BÖH'nın Batıya kıyasla 1,5 misli daha fazla olduğu bulunmuştur (4).

Toplumun tanıtıcı her bilgi sosyal yapı içinde değerlendirilir. Toplumun oluşturan bireylerin öğrenim durumları da bunlardan biri olup toplumun kültürel ve ekonomik yapısını da etkiler. Öğrenim görmüş ve öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerin her konuda eğitilmeleri daha kolaydır ve istenilen sonuca daha hızlı ulaşırlar.

Annenin öğrenimini çocuk ölümlerinin azalmasına bağlayan teoriler henüz ayrıntılı araştırmalarla açıklığa kavuşturulmuş değildir. Ancak en akılcı yatırımlardan biri olduğunu da belirtmek gerekir. Çünkü öğrenim görmüş kadın, çocuğu için var olan sağlık hizmetlerinden yararlanacak, yok olanları ise isteyecektir. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri incelendiğinde eğitimsiz anne çocuklarının ölüm hızı en az ilkokulu bitirmiş anne çocuklarına göre 1,6 kat fazladır. Bu bulgular sosyal yapı içinde yer alan eğitim ve öğrenimin çocuk bakımı üzerindeki etkisini göstermektedir(4). Annelik, tek kişi ile çocuğun ilk ve temel sağlık, kültür ve eğitim kurumudur ve tek başına çocuğun çevresidir.

Eğitim ve öğrenim yetersizliği kadının çocuk denemek yaşta (15'den az, 15-18 yaş) evlenmesine ve çocuk doğurmasına neden olmaktadır. Anne yaşının küçüklüğü, gebelik öncesi ve gebelikte yetersiz beslenme, çoğul ve sık aralıklarla doğum hem anne hem de çocuk sağlığını tehlikeye sokmaktadır. 1993 TNSA verilerine göre 17 yaşındaki her oniki kadından biri (%8) ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebedir. Bu oran 18 yaşındakilerde yedide bir (%15) 19 yaşındakilerde dörtte bir (%23) dir (4).

Doğum öncesi bakım yetersizliği, doğumların yaklaşık 1/4'ünün evde sağlık personeli olmaksızın yapılması, neonatal ölümleri artırmaktadır. Yetersiz beslenme, çevre sağlığı ve hijyenik koşullarının yetersizliği sonucu neonatal tetanoz, ASYE hastalıkları ve ağır ishalin neden olduğu dehidratasyon Türkiye'de bebek ve çocukların ölümlerine neden olmaktadır. Ülkemizde ishal prevalansı %24,8'dir ve tüm çocukların dörtte biri herhangi bir zamanda ishale yakalanmaktadır (4-7).

Bu etkenlerin yanısıra yaşamın ilk 4-6 ayında tek başına anne sütü uygulamasının yetersizliği, ek besinlere erken başlama, yanlış ve yetersiz beslenme uygulamaları erken ve küçük doğan bebekler için bakım bilgisinin ve büyüme izlemlerinin yetersizliği, bağışıklama hizmetlerinin eksikliği, bebek ölümlerinin doğrudan veya dolaylı nedenlerindedir. Bunlara ek olarak kaza ve zehirlenmelerin önlenmesi ve tedavisi konusunda eğitim ve hizmet yetersizliği, yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu tekrarlayan enfeksiyonlar erken çocukluk döneminin ölüm nedenleri olarak gösterilmektedir.

Türk Çocuklarının Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları

Altmış beş milyona yakın bir nüfusa sahip olan Türkiye'de beş yaş altı nüfusun genel nüfusa oranı %12 olup bu yaş grubundaki çocuk sayısı yaklaşık 8 milyondur. Bu yaş grubu çocukların genel sağlık sorunlarının başında yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu gelişen malnütrisyon gelmektedir. Türkiye 1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması verileri incelendiğinde 0-5 yaş çocuklarında malnütrisyon prevalansı %20 olarak bulunmuştur. Malnütrisyon %17,6 oranı ile hafif (yaşa göre zayıf) ve %2,4 ile de ağır (yaşa göre zayıf ve kısa boylu) olarak rapor edilmiştir (8). Türkiye 1984 Gıda Tüketimi Araştırması verilerine göre %10,6 oranı ile hafif ve %0,9 oranı ile ağır seyreden malnütrisyon prevalansı 0-5 yaş çocuklarında %11,5 olarak saptanmıştır (9).

1993 TNSA'da ise beslenme bozukluğu olarak değerlendirilen yaşa göre kısa boyluluk %20,5, akut beslenme bozukluğu ola-

rak değerlendirilen yaşa göre ağırlık azlığı ise %10.4 olarak bulunmuştur. Araştırmaya göre 5 yaşındaki çocukların yaklaşık 1/5'i kronik olarak yetersiz beslenmiştir ve yine yaklaşık %10'u çocuklarda yetersiz beslenme alışkanlıklarını ve tekrarlayan enfeksiyon hastalıklarının varlığını yansıtmaktadır (4).

Yetersiz beslenme nedeniyle doğum sırası 6 ve yukarı olan çocukların yaklaşık 1/3'i ve doğum sırası 4-5 olan çocukların 1/4'i yaşına göre kısa boylu yani "bodur"dur. Yaşa göre boy endeksini etkileyen diğer bir faktör de doğum aralığıdır. İki yıldan daha kısa aralıklarla doğan çocukların kısa boylu-bodur olma olasılıkları çok yüksektir. 1993 TNSA 'da doğum aralığı iki yıldan kısa olan çocukların %30'u bodur, %11'i ise ciddi şekilde kronik beslenme yetersizliği göstermektedir. Kırsal alanlarda (%25) bodurluk, kent-sel alanlara (%15) göre daha fazladır. Doğuda %33, Batı ve Kuzey Anadolu'da %10-13 dür (4).

Beş yaşından küçük çocuklarda bodurluk kronik malnütrisyon sonucu uzun kemiklerin yeterince gelişemediğinin göstergesidir. Bodurluk, büyüme yetersizliğini yansıtan bir "çizik" olabileceği gibi büyüme geriliğinin sürekliliğini gösteren bir "yara"da olabilir (10).

Ülkemizde 0-5 yaşlarındaki ölümlerin yarısından çoğu malnütrisyon nedeniyle ağır seyreden enfeksiyon hastalıklarına bağlıdır. WHO'nun verilerine göre yetersiz ve dengesiz beslenme çocuk ölümlerinin %7'sinin birincil, %46'sının ikincil nedenidir.

Türü ne olursa olsun enfeksiyon; metabolizmanın hızlanması ve kayıplar nedeniyle besin gereksinmesini arttırmakta, buna karşılık besin alımını azaltmaktadır. Diğer taraftan malnütrisyonda organizmanın savunma sistemi bozularak enfeksiyona duyarlılığı artırmaktadır. Böylece enfeksiyon ve malnütrisyon arasında kısır bir döngü oluşmaktadır.

Bebek için temel besin anne sütüdür ve gerekmedikçe 4-6 aya kadar ek besinlere başlamamalıdır. Türkiye'de ortanca emzirme süresi 12 aydır ve çocukların %95'i anne sütü ile beslenmektedir. Tek başına 4-6 ay anne sütü ile beslenen çocukların oranı ise %30 dur. Bebeklerin 1/3'üne (%33) ilk ay içinde ek besinler verilmekte olup, 2-3 aylık olduğunda bu oranın %53'e ulaştığı saptanmıştır. Ek besinlere erken başlanması, bunun tam aksi uygulaması olarak emziren bebeklerin yaklaşık yarısının herhangi bir katkı gıda almaması beslenme bozukluklarının altında yatan önemli nedenlerdendir. Ek besinlere erken başlama bebek ölümlerine yol açmakta ishal riskini arttırmaktadır. Bebeklerin biberonla beslenmesi de (1/3'ü 2-7 ay arası) çeşitli gastrointestinal enfeksiyonlara yatkınlıkla ilişkilendirilmiştir (4).

Anne sütünün yetersiz olduğu durumlarda ve 6. aydan sonra çocuğa verilmesi gereken besinlerin türleri, miktarları ve hazırlanmaya ilişkin bilginin yetersizliği sonucu evde yeterince uygun besin bulunduğu durumlarda bile çocuk bundan yararlanamamaktadır. Özellikle yaz aylarında ishal yapar korkusu ile süt, midesini ekşitir düşüncesi ile yoğurt, çocuğa verilmek istenmemektedir. Öte yandan hazır mama kullanımı (%15-%28) artmakla birlikte pahalı olması nedeniyle daha fazla sulandırılarak ilaç gibi kullanılmaktadır (4, 11).

Çocuk için uygun olmayan (yemek suyu) veya zararlı olan besinlerin (nişasta, şeker, lokum, hazır çorbalar) ek besin olarak verilmesi temizlik kurallarına dikkat edilmemesi malnütrisyonun ve komplikasyonlarına neden olabilmektedir. Çocuk ishal olduğunda, ona besin ve sıvı vermeye devam etmek çok önemlidir. Bağırsakları dinlendirme veya ishali arttırır düşüncesiyle çocuğu aç ve susuz bırakmanın hatalı olduğu bilinci annelere verilmesi, ishale anında karşı koyma (tuzlu ayran, kaynamış su ve sulu besinler), AST uygulamaları konularında eğitilmelidirler (7, 11).

Çocuklarda malnütrisyondan sonra görülen en önemli beslenme sorunu raşitizmdir. D vitamini yetersizliği sonucu gelişen raşitizm, gelişmiş ülkelerde alınan önlemlerle hemen hemen hiç görülmez olmuştur. Çocukların güneş ışığından doğrudan yararlanması ile önlenen raşitizm ülkemizde (%16-20) ve gelişmekte olan ülkelerde yaygınlığını sürdürmektedir (12, 13).

Raşitizm, çocuklarda şekil bozukluğu oluşturmasının yanısıra, çocuğun hastalıklara karşı bağışıklığının bozulmasına ve solunum hastalıklarına daha sık yakalanmalarına neden olmakta ve kız çocuklarında oluşabilecek pelvik deformiteleri ise güç doğuma ve doğum travmasına yol açmaktadır.

D vitamini anne sütünde, suda eriyen fosfat bileşikleri halinde bulunması kullanımını kolaylaştırır da yeterli olamayacağı görüşü ile (hava kirliliği ve kış aylarında doğanlar için) 12-18 aylık oluncaya kadar çocuğa ağızdan günde 400 IU D vitamini eklenmesi önerilmektedir.

Beslenme anemileri de önemli sağlık sorunlarındandır. Demir yetersizliği ise bunların başında gelmektedir. Yöresel yapılan araştırmalarda 0-5 yaş çocuklarda anemi prevalansının %12-40 arasında olduğu bildirilmektedir (14-16). Anemi folik asit, B12, B6 ve vitamin E yetersizlikleri sonucunda da işlenebilmektedir. Diyetle hayvansal kaynaklı yiyeceklerin yetersizliği ile barsak parazitlerinin sık görülmesi aneminin yaygın oluşunun nedenlerindedir.

Ülkemizde özellikle çocuklarda diş çürüklüğü oranı (%42-85) fazladır (17). Şeker ve şekerli besinlerin fazla tüketimi ağız-diş sağlığına gereken önemin verilmemesi dişin büyüme ve olgunlaşması döneminde kalsiyum, fosfor ve floridan yetersiz beslenme ile yeterli protein tüketiminde diş dayanıklılığını azaltarak çürümelere neden olur. Çocuklarda diş bakımlarının yapılması, süt ve ürünlerinin, sebze ve meyvelerin tüketilmesinin sağlanması, içme sularının flor yönünden analiz edilmesi ve yetersizliğinde sulara 1 ppm flor eklenmesi gerekmektedir. Suların flor miktarı 2 ppm üzerine çıkan bölgelerde florozis sorununun görüldüğü unutulmamalıdır.

İyot yetersizliği sonucu görülen endemik guatr da özellikle zihinsel gelişmeyi etkilemesi yönünden önemlidir. Türkiye genel olarak endemik guatr ülkesidir. Hatemi ve Urgancıoğlu 1980-80 yıllarında yaptıkları araştırmalarında çocuklar arasında %10'dan fazla 2. derecede guatr saptamışlardır (18). 1995 yılı HÜ Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan "15 İl Beslenme Eğitimi Araştırması"nda bu oran %30.2 olarak gözlenmiştir (11). İyotlu tuzun kullanımı (şu an %18'i iyotlu) başlıca önlem olup, tuzların tümünün iyotlanması yoluna gidilmektedir.

Çocuklar ve gençlerde vitamin A (%5, 1-%25) riboflavin (%6, 1-%34), C vitamini (%9-%39) sınırda ve yetersiz tüketilmektedir (19-22). Avitaminozları belirlemede vitaminlerin kandaki düzeyleri de saptanmalıdır. Besin tüketimi yetersizlik durumunu kesin olarak verememektedir. Açkurt ve arkadaşları (19) çocuk ve gençlerde kan vitamin yetersizlik düzeylerini A vitamini için %2.3, C vitamini için %7.9, B1 %5.3, B2 %82.9, B6 %60.7, E vitamini için %6-4 olarak bulmuşlardır.

Türkiye'de Çocuk Sağlığını Koruma Çalışmaları

1920 yılında Çocuk Esirgeme Kurumu'nu kuran Atatürk, 1928'de 1924 yılında Milletler Cemiyeti tarafından kabul edilen "Cenevre Beyannamesi" ni ilk imzalayan ülkeler arasında Türkiye'nin bulunmasını sağlamış ve metni bizzat kendisi imzalamıştır. Beş

macelik bu metinde çocukların eğitim ve korunmasına yönelik hükümlerin yanısıra çocuk sağlığına verilen önem "acıkan çocuk beslenmelidir, hasta çocuk tedavi edilmelidir" ve " çocuklar felaket zamanında en evvel yardım görmelidir" hükümleri ile belirtilmiştir.

1948 yılında imzalanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Birleşmiş Milletler'in 1959'da kabul ettiği "Çocuk Hakları Bildirgesi" ile aile ve toplum olarak bir ülkenin geleceği için olumsuz bir güç olan çocuğun, güvenli ve sağlıklı koşullarda büyütülmesi kadar her türlü olumsuzluktan korunmasını önemi ve o zaman dinamik varlınlara ulaşılabilceği belirtilmiştir. Böylece anne ve babaya düşen görevin yanısıra hükümetler tarafından gerekli önlemlerin alınmasının da gerekliliği vurgulanmıştır. Bu noktadan hareketle Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri 1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile başlatılmıştır (6).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile; değişik iklim ve iklim özelliklerine sahip ülkelerde sağlık hizmetlerini çok yönlü bir ekip hizmeti olarak geliştirilmesi ve hizmetlerin uç yerleşim yeri ya da en küçük toplumun yaşadığı yerler, yani köylerden başlaması hedeflenmiştir.

Kırsal kesimde 7.500-10.000 nüfusa hizmet verecek ekipte donatılmış "Sağlık Ocağı" birinci basamak sağlık hizmetleri birimini oluşturmaktadır. Sağlık ocağına olan mesafelere göre köyleşme yerlerinde açılan Sağlık Evleri bu birimin alt üniteleridir. Sağlık ocaklarına eğitim ve denetimle destek olması istenen Dispanser ve AÇS-AP Merkezleri gibi kuruluşlar da yer almıştır.

Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşları koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelere destek sağlamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin "Çocuk Sağlığı" açısından önemi, sağlık hizmetlerinin herkese eşit, sürekli ve dengeli şekilde ulaştırılması ile koruyucu sağlık hizmetlerinde yaygınlaşma, süreklilik ve etkinlik kazandırılması ilkelerinden gelmektedir. "1979 Uluslararası Çocuk Yılı" olması nedeniyle 1978 yılında düzenlenen Ulusal Gıda ve Beslenme Planlama Semineri raporlarında Türkiye'de çocuk sağlığının korunmasına yönelik bu çalışmalar gündeme getirilmiş ve 1977 yılına kadar uygulanan beş yıllık üç kalkınma planında çocuk beslenmesi sorunları üzerinde durulması gerektiği vurgulanmış, ana-çocuk sağlığı okul sağlığı, gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Aynı seminerde bebek, çocuk ve gebe-emzikli anneler gibi toplumun duyarlı gruplarının sağlığının korunmasına yönelik çalışmaların dördüncü beş yıllık kalkınma planında da ele alındığı ve "0-6 yaş arası çocukları besleme-ye zorluk çeken ailelere" devlet yardımı sağlanacaktır" politikası ile beslenmeye bağlı bebek ölüm oranlarının azaltılması öngörülmüştür (6).

Sağlıklı çocuk, sağlıklı anne ve sağlıklı bir toplum için kadınların öğrenim ve eğitiminin önemi 11-24 Haziran 1984 tarihinde Ankara'da Türk Hükümeti, UNICEF, WHO, UNDP ve UNFPA işbirliğince düzenlenen "Temel Sağlık Hizmetleri ve Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Programı"nda da belirtilmiştir (23). Hiç bir çocuğun mali nedenlerle sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılmayacağı güvencesi verilmiş ve çocuklar için temel sağlık hizmetleri çerçevesinde temiz su ve besleyici yiyeceklerin sağlanması yolu ile hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi, bunun için halkın eğitim ve politikaların geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Türk çocuklarının sağlığı, eğitimi, refah haklarını korumasına ilişkin sözleşme hükümlerinin yerine getirilmesinde Türk devletinin her çabayı göstereceği 26-27 Mayıs 1989'da "1990'ın ÇOCUK POLİTİKASI" ulusal kongresinde hükme bağlanmıştır. Bu amaçla oluşturulan sektörlerarası Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Komitesi, 20 Aralık 1989 'da Sektörlerarası Çocuk Kurulu'na dönüşmüştür (5, 24).

Yatmış bir ülkenin devlet ve hükümet başkanları 30 Eylül 1990 tarihinde "ÇOCUKLAR İÇİN DÜNYA ZİRVESİ"nde bir araya gelerek çocuk sağlığına ilişkin temel hedefleri belirlemişlerdir. Bu hedeflerde 1990 yılı verilerine göre 2000 yılına kadar: BOH'nın 1/3 oranında azaltılması, SYKOH'nın %50 azaltılması, ishale bağlı 0-5 yaş çocuk ölümlerinin %50 azaltılması, ishali hastalıklarda AST kullanım oranının %80'e çıkarılması, 0-5 yaş çocuklarda pnömöni mortalitesini 1/3 oranında azaltmak, beş yaş altı çocuklarda görülen orta ve ağır beslenme yetersizliğinin yarı yarıya azaltılması yer almış olup çocuk sağlığı düzeyinin programlarının desteklenmesi kararlaştırılmıştır(25). AISYE ve ishali hastalıkların kontrolü(1994), anne sütünün teşviki (1981), bebek oostu hastaneler programı (1991) büyümenin izlenmesi (1989), IYH ve tuzun uygulanması (1994), güvenli annelik ve yeni doğan bakımı, genişletilmiş bağışıklama gibi "Çocuklara Yönelik Ulusal Faaliyet Programları" (26-28).

Son 35 yıl içinde ülkemizde sağlık hizmetleri alanında olumlu gelişmeler olmasına ve toplumun genel sağlık düzeyinde düzenli olarak gözlenmesine rağmen özellikle anne ve çocuk sağlığı hizmetleri bu gelişme içinde henüz gereken payını almamıştır. Dünya bildirgesinin hedeflerine ulaşabilmek için temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerden yararlanabilmek için ilk başvuru yapacak olan organize "birinci basamak sağlık hizmetlerini" güçlendirilmesi ve hizmet sunumunun etkin hale getirilmesine ağırlık verilmelidir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri bir ekip hizmetidir. Bu ekip kırsal alanda her 5000 nüfusa, kentsel alanda 150.000 nüfusa hizmet verecek yeterli sayıda ve yetenekte hekim, hemşire diyetisyen, ebe, sağlık eğitimcisi, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni ve personelden oluşmalı ve yetiştirilmelidir (26).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarının koruyucu hizmet ağırlıklı, ayaktan tanı ve tedavi olanakları sağlaması ve bir hastane ile bağlantılı çalışması önemlidir. Sağlık ve beslenme konularındaki eğitim, sistemli bir şekilde yürütülmelidir. Toplumda sağlığa ilişkin hizmet talebinin yaratılması, bu talebin nasıl karşılanacağına toplum tarafından bilinmesi, hizmete toplumun "katkı" ve "katılımının" sağlanması ve toplumun sağlıklı yaşam ve beslenme ile ilgili olumlu davranışların geliştirilmesi birinci basamak hizmetlerinin temel görevleridir.

Doğum öncesinden başlayarak riskli gebeliklerin saptanması gerektiğinde hastaneye sevk, evde doğumun sağlık personeli tarafından yapılması sağlıklı bir bebekliğin başlangıcıdır. Sağlıklı nesillerin yetişmesinde doğum sonrası izlemler, büyümenin değerlendirilmesi, aşılama, anne-babanın genel-çocuk sağlığı, ve beslenmesi çevre sağlığı ve hastalıklardan korunma, aile planlaması vb konularında eğitilmeleri ile toplumda sağlık bilincinin yaratılması gerçekleşecektir.

KAYNAKLAR

1. Dünya Çocuklarının Durumu: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara, 1989.
2. Dünya Çocuklarının Durumu: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara,

- 1991.
3. Dünya Çocuklarının Durumu: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). UNICEF Türkiye Temsilciliği. Ankara, 1992.
 4. Sağlık Bakanlığı (Türkiye) HÜ Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Macro International INC. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye 1994.
 5. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Çocuk Sağlık Danışma Kurulu I. Toplantısı Çalışma Grubu Raporları, Ankara, 31 Ekim, 1996.
 6. Yener, S., Kocaman, T.: Çocuk Nüfusunun Demografik Özellikleri: Türkiye'de Çocuğun Durumu, 1990'ların Çocuk Politikası Kongresi, Ankara, 1989.
 7. Bilecen G., Arslan, P.:Ağızdan sıvı tedavisinin yaygınlaştırılması ve ishallerli çocukların beslenmesi konusunda annelerin eğitimi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 21, 1992..
 8. Türkiye 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması Raporu. HÜ Ankara, 1977.
 9. 1984 Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması, Tarım Bakanlığı Koruma ve Kontrol Müdürlüğü, Ankara, 1987.
 10. Ulusların Gelişmesi UNICEF Yayınları, 1997
 11. 15 II Beslenme Eğitimi Araştırması: (1995). HÜ STYO Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlama Genel Müdürlüğü Proje Raporu, Ankara, 1996.
 12. Ocal, G., Bevki, A.: Süt çocukluğu döneminde güncelliğini koruyan D vitamini yetersizliğine bağlı raşitizm sorunu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 26(1): 39, 1983.
 13. Gültekin, A., Savaş, A., Özalp, İ.: 0-3 yaş grubunda raşitizm görülme sıklığı çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi, 28:119, 1985.
 14. Anon: WHO Report of Study Group on Nutritional Anemias, WHO, Technical Report Series, No: 503, Genova, 1972.
 15. Okan, B., Açkurt, F.: Kocaeli iline bağlı Gebze ilçesi ve bazı çevre köylerinde 0-4 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon ve anemi görülme sıklığının saptanması, TÜBİTAK Beslenme ve Gıda Teknolojisi Bölümü, Yayın No: 49, 1981.
 16. Pekcan, G.: ilkokul çocuklarında beslenme alışkanlıkları demir yetersizliği anemisi, enfeksiyon ve okul başarısı arasındaki etkileşimler üzerine bir araştırma. HÜ Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Doçentlik Tezi, Ankara, 1982.
 17. Günay, O., Öztürk, Y.: Gençlerin sağlık sorunları, nedenleri ve çözüm önerileri Erciyes Üniversitesi Yayınları No: 31, Kayseri, 1992.
 18. Yücecan S., Türkiye'de Beslenme Sorunlarını, Beslenme Sorunları ve Boyutları, Devlet Bakanlığı, HÜ Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu, Ankara, 1989.
 19. Açkurt, F., Wetherill, H., Okan, B.: Türkiye'nin üç bölgesinde 7-17 yaş grubu okul çocuklarının büyüme-gelişme vitamin ve mineraller yönünden beslenme durumlarının saptanması, Roche Müstahzarları, Sanayi A.Ş. İstanbul, 1987.
 20. Ercan, A., Arslan, P.: Beslenme eğitimi süresinin gebe kadınların beslenme ve sağlık durumları ile bilgi ve alışkanlıklarına etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1990.
 21. Arslan, P., Karaağaoğlu, N., Duyar, İ., Güleç, E.: Yükseköğrenim gençlerinin beslenme alışkanlıklarının puanlandırma yöntemi ile değerlendirilmesi. AÜ Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi XXXVII (1-2), 1995.
 22. Çocuklara Yönelik Ulusal Faaliyet Programı-2000'li Yıllara Doğru, TC Hükümeti, Ankara, 1996.
 23. Temel Sağlık Hizmetleri ve Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Programı, Türk Hükümeti, UNICEF, WHO, UNDP, UNFPA Araştırma 11, 6, 1984-14, 6, 1984 Tarihlerinde Yapılan Görüşme Tutanakları No:1, Cilt: 1, Ağustos, Ankara, 1984.
 24. 1990'ların Çocuk Politikası Ulusal Kongresi Raporu, 26-27 Mayıs 1989, Aralık, 1989.
 25. Ülke Programı, 1997-2000, TC Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı, Ankara, 1997.
 26. Dünya Çocuklarının Durumu, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara, 1994.
 27. Arslan, P., Mert, İ., Azmaz, A.: Nutrition Education and Consumer Awareness in Turkey Inter-Country Workshop of Near East Countries, FAO, 2-6 November, Cairo, 1997.
 28. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çalışma Yılı, 1994-1995, Ankara, 1997.

SÖZLÜ SUNUMLAR

S1

**SAGLIK
EGITIMI,
TIP
EGITIMI,
HIZMET
ICI
EGITIM**

**TIP FAKÜLTELERİNDE MEZUNİYET ÖNCESİ
AİLE PLANLAMASI EĞİTİMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI**

Doç. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ¹, Dr. Behire ÖZEK², Dr. Nalan ŞAHİN³,
Prof. Dr. Münevver BERTAN⁴

¹HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
²JHPIEGO Türkiye Temsilcisi,
³HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
⁴HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Türkiye'de pratisyen hekimlere Sağlık Bakanlığı tarafından mezuniyet sonrası dönemde verilen RIA uygulama eğitimlerinde eğitilebilen insan gücünün azlığı gerekmesiyle, bu eğitimlerin tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi döneme kaydırılması amacıyla 1992 yılında iki aşamalı bir program başlatılmıştır. Programda, tıp fakültelerinde verilen aile planlaması klinik eğitiminin güçlendirilmesi, fakülteler arasında eğitimde standardizasyonun sağlanması, fakülteler ve Sağlık Bakanlığı klinikleri arasında klinik uygulamalarda standardizasyonun sağlanması amaçlanmıştır. Bunun için 17 tıp fakültesi ve bu fakültelerin klinik eğitim için öğrenci gönderdikleri Sağlık Bakanlığının Aile Planlaması Klinikleri'nden seçilen 148 eğitici, yeterliğe dayalı eğitim ve interaktif eğitim teknikleri konusunda eğitilmiştir. Bu eğiticiler buldukları fakültelerde iki haftalık standart öğrenci eğitimlerini yürüterek şimdiye kadar 1352 öğrenciyeye Aile Planlaması danışmanlığı ve RIA uygulama becerisi kazandırmışlardır. Bu eğiticiler arasından seçilen 20 kişi, eğiticilerin eğitimini yapabilecek şekilde ileri eğitim becerileri konusunda eğitilerek "uzman eğitici" durumuna gelmişler ve böylece ülke düzeyinde sürekli olarak eğiticilerin eğitimini yürütebilecek olan bir "ulusal eğitim ekibi" oluşturulmuştur.

SUMMARY

In Turkey, Ministry of Health (MOH) conducts in-service training to general practitioners about family planning (FP) counseling and IUD insertion. However, with this in-service training, trained manpower is below the desired level. A program with two phases was started in 1992 to train interns in FP counselling and IUD insertion. The objective of the program was to achieve standardization among medical faculties and also between faculties and MOH FP clinics. To attain the objective, 148 trainers selected from 17 faculties and from collaborating MOH clinics were trained about competency based training and interactive training methods. These trainers have been conducting the standard two-week courses to their interns, and, up to today, 1352 students have become competent in FP counseling and IUD insertion skills. Of the 148 trainers, 20 were selected to become "master trainers" to train other trainers, and, thus, Turkey has developed a capacity to maintain training, with its "national training team".

Gereke ve Amaç: Türkiye'de 1993 verilerine göre: çiftlerin yaklaşık üçte ikisi herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmakta ancak bunların %34.5'i modern, %28.1'i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır (1). Yıllara göre kontraseptif kullanımında artış görülse de, tek tek yöntemler incelendiğinde, artışların önemli ölçüde geleneksel yöntemlerde olduğu dikkati çekmektedir (1, 2). Aile planlaması hizmetlerin varlığı ve yaygınlığındaki sorunun yanısıra bu konudaki ana problem, kontraseptiflerin etkili bir şekilde kullanımı konusunda gerek bireylerin gerekse çiftlerin ihtiyacı olan "bilgilendirme ve eğitimin" yetersiz olmasıdır. Eğitim/öğrenim alt yapısındaki sorunlar nedeniyle, mevcut olan aile planlaması hizmet sisteminin, eğitilmiş sağlık personeli ile desteklenmemesi, bu konuda önemli bir payı oluşturmaktadır.

Bilindiği gibi, aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde yaygınlaştırılması ve hizmetlere ulaşabilmenin kolaylaştırılması amacıyla 1983 yılında çıkarılan yasa gereğince, Sağlık Bakanlığı tarafından mezuniyet sonrası yürütülen pratisyen hekimler için üç, ebe-hemşireler için ise dört haftalık eğitimlerin sonunda, bu kişilere RIA uygulama yetkisi verilmektedir. Ancak, bu eğitimlerde bir yılda sınırlı sayıda hekim ve ebe-hemşire eğitilebilmektedir. Bunun yanısıra, maliyet açısından düşünüldüğünde mezuniyet sonrası eğitimler oldukça pahalı olmaktadır. Bu nedenle aile planlaması eğitimlerinin mezuniyet öncesi döneme kaydırılması gereği ortaya çıkmıştır.

Bunun yanısıra, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi aile planlaması eğitiminin mevcut durumunu saptamak üzere 1989 yılında yapılan bir araştırmada: tıp fakültelerinin teorik ve pratik aile planlaması eğitimlerinin süre ve içerik açısından büyük farklılıklar gösterdiği ve fakülteler arasında belli bir standardın olmadığı saptanmıştır (3).

Bu nedenle, 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve JHPIEGO (A Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health) Kuruluşunun işbirliği ve Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün desteği ile, "Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Aile Planlaması Eğitiminin Standardize Etme ve Klinik Becerileri Güçlendirme" programı uygulamaya konmuştur (4). Bu program ile, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi dönemde:

1. Tıp fakülteleri arasında eğitimde standardizasyonun sağlanması,
2. Eğiticilerin eğitiminin sağlanması,
3. Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı klinikleri arasında aile planlaması klinik uygulamalarında nitelik yönünden benzerliğin sağlanması.

4. Program bitiminde sonuçların değerlendirilerek ülke genelinde yaygınlaştırılması ve kurumsallaştırılması hedeflenmiştir.

Program iki aşamalı olarak uygulanmıştır; birinci aşaması Temmuz 1992-Haziran 1994 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ağustos 1994 tarihinde başlatılan ikinci aşaması ise 1998 yılı sonunda tamamlanacaktır. Programın birinci aşamasına 8 tıp fakültesi katılmıştır, bunlar: Hacettepe, Gazi, Ankara, Marmara, Dokuz Eylül, Eskişehir, Konya, Kayseri Tıp Fakülteleridir. İkinci aşamada ise, bu fakültelere Çukurova, Sivas, Samsun, Erzurum ve Bursa Tıp Fakülteleri eklenmiş, 1996 yılında Ege, Diyarbakır ve Çapa Tıp Fakülteleri, 1997 yılında ise Antalya, Kocaeli Tıp Fakülteleri eklenmiştir. Toplam 18 tıp fakültesi bu programa alındığı halde, Konya Tıp Fakültesi'nde eğitilen eğiticiler intern eğitimlerini başlatmadıkları için, halen program 17 tıp fakültesinde devam etmektedir.

Program yöntemi ve uygulama

a. İhtiyaçların Saptanması ve Yerlerin Seçimi: Programa başlarken yapılan ön çalışmada tıp fakülteleri ziyaret edilerek fakültelerin aile planlaması kliniklerinin fizik olanakları, insan gücü, araç-gereç ve malzeme durumları ile günlük hasta başvuru sayıları incelenmiştir. Tıp fakültelerindeki mevcut müfredat programı gereği aile planlaması eğitimi veren iki anabilim dalının (halk sağlığı ve kadın hastalıkları & doğum anabilim dalları) başkanları ile görüşülmüş, öğrenci sayılarının fazla ve klinik eğitim olanaklarının sınırlı olması nedeniyle, kadın hastalıkları ve doğum rotasyonları sırasında son sınıf öğrencilerinin, aile planlaması eğitimi için Sağlık Ba-

kanlığı'na ait kliniklere gönderildikleri saptanmıştır.

Bunun sonucunda, programın ilk aşaması için 8 tıp fakültesi seçilmiş ve bu fakültelerin intern gönderdikleri Sağlık Bakanlığı'na ait aile planlaması klinikleri de program kapsamına alınmıştır. Programın ikinci aşaması için 1994 yılında 5, 1996 yılına 3, 1997 yılında da 2 tıp fakültesi ve bu fakültelerin intern gönderdikleri Sağlık Bakanlığı'na ait aile planlaması klinikleri programa eklenmiştir.

b. Eğitim Metodolojisi:

I. Eğiticilerin Eğitimi: Eğitimde standardizasyonun sağlanması amacıyla, tıp fakültelerinin halk sağlığı ve kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarındaki öğretim elemanlarından ve Sağlık Bakanlığı'na ait kliniklerden seçilen eğiticiler, JHPIEGO eğiticileri tarafından beş gün süreyle "klinik becerilerin standardizasyonu" ve beş gün de "eğitim becerileri" kurslarında eğitilmişlerdir. Birinci kursta, aile planlaması yöntemleri, enfeksiyonun önlenmesi ve genital yol enfeksiyonlarının tanınması konularında eğiticilerin bilgileri tazelenmiş, danışmanlık ve RIA uygulama becerileri standardize edilmiştir. İkinci kursta ise, eğiticilere yetişkin eğitiminin özellikleri, yerliye dayalı eğitim ve beceri kazanmada performans düzeyleri tanıtılmış, humanistik eğitim, interaktif eğitim teknikleri, etkili bir sıfır sunumu, demonstrasyon ve koçluk becerilerini kapsayan "yeni" eğitim yaklaşımı konusunda bilgi ve beceri kazandırılmıştır.

II. Öğrenci Eğitimleri: Eğiticiler, daha sonra yerlerine dönerek internler için iki haftalık aile planlaması eğitimlerine başlamışlardır. Eğitimlerin birinci haftasında, öğrenciler sınıfta aile planlaması yöntemleri, danışmanlık, enfeksiyonun önlenmesi ve genital yol enfeksiyonlarının tanınması ile ilgili teorik bilgilerin kazanmanın yanı sıra, pelvik modeller üzerinde RIA uygulama becerisi ve role-play ile danışmanlık becerisi kazanmış ve bu becerilerde yeterli duruma gelmişlerdir. Öğrenciler ikinci hafta klinikte eğiticilerin koçluğunda başvuran kadına danışmanlık vermiş ve RIA uygulayarak ustalık kazanmışlardır. Eğitim süresince, öğrenciler RIA uygulama ve danışmanlık becerilerini geliştirmek için öğrenim rehberlerini (check-list) kullanmışlardır. Eğitimlerin son gününde ise eğiticiler değerlendirme rehberlerini (kontrol check-list'i) kullanarak öğrencilerin RIA uygulama ve danışmanlık konularında performansını değerlendirmişlerdir.

III. Uzman Eğiticiler: Öğrenci eğitimlerinde deneyim kazandıktan sonra, "eğiticilerin eğitimi"ni yapabilecek yetenekte ve istekli olan eğiticiler arasında "eğitici eğitimsi" adayları seçilmiştir. Bu eğiticiler, JHPIEGO eğiticileri tarafından sekiz gün süreyle "ileri eğitim becerileri ve grup dinamikleri" kursuna alınarak eğitilmişlerdir. Yukarıda sözü edilen "eğitici eğitimlerine" başlangıçta co-trainer olarak katılarak deneyim kazanan bu kişiler, "uzman eğitici" ünvanını kazanarak program kapsamında bundan sonra yapılan eğitici eğitimlerini yürütmüşlerdir.

c. Denetim:

Program kapsamında eğitimlerin devamı niteliğinde olan denetim aktiviteleri, iki başlıkta yürütülmüştür:

I. Practica: Program kapsamında eğitilen eğiticilerin, fakültelerinde yürüttükleri ilk öğrenci eğitimlerinde, yeni eğitime destek, yardım ve değerlendirme amacıyla bir veya iki uzman eğitici fakültelerin bulunduğu yerlere gitmiştir. Eğitim başlamadan bir gün önce giden uzman eğiticiler yeni eğiticiler ile birlikte çalışarak hazırlıkları sorunlara çözüm bulmak, eğiticinin öğrenci eğitimi sırasındaki sunum, demonstrasyon ve koçluk becerisini değerlendirerek eğitime geribildirimde bulunmuşlardır.

II. İzlem Ziyaretleri: Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim klinikleri arasında aile planlaması klinik uygulamalarında nitelik yönünden benzerliğin sağlanması amacıyla, yılda üçer kez izlem ziyaretleri yapılmıştır. Bu ziyaretlerde geliştirilen izlem rehberleri ile verilen hizmetlerin kalitesi denetlenmiştir. Mevcut sorunlar yerinde saptanarak çözümünde çaba sarfedilmiştir.

d. Eğitim Materyalinin Hazırlanması:

Bu eğitimlerde kullanılmak üzere bir "eğitim paketi" geliştirmek amacıyla, JHPIEGO aynı tarihler arasında gönüllü bir kuruluş olan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (IKGV) ile işbirliği yaparak eş zamanlı bir başka destekleyici çalışma yürütmüştür (5). Bu programın uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek bilimsel-teknik sorunlara çözüm bulmak, eğiticiler arasında haberleşmeyi sağlamak, eğitimlerde kullanılan eğitim materyallerini geliştirmek amacıyla bir "teknik komite" kurulmuştur.

Sonuç: Programın birinci ve ikinci aşamasında şimdiye kadar 148 eğitici eğitilmiştir. Eğitici eğitimleri halen devam etmektedir. Program kapsamında, aile planlaması konusunda eğiticilerin eğitimini yapacak olan, 20 "uzman eğitici"den oluşan bir "ulusal eğitim ekibi" oluşturulmuştur. Uzman eğitici sayısının artırılmasına ve bu yapının kurumsallaşmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir.

Programa alınan 12 tıp fakültesinde 1996 yılı sonuna kadar 168 "öğrenci eğitimi" düzenlenmiş ve toplam 1352 tıp fakültesi öğrencisi eğitilmiştir. Eğitime alınan öğrencilerin %97.8'i aile planlaması danışmanlığı ve RIA uygulama becerisinde başarılı olmuşlardır. Eğitilen öğrencilerin fakültelere göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Tıp fakültelerindeki öğrenci eğitimleri devam etmektedir.

Değerlendirme: Programın ikinci aşamasında, 1993-1996 yılları arasındaki çalışmalar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, Anabilim Dalı tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme çalışması Nisan 1996-Mayıs 1997 tarihleri arasında yürütülmüştür (6). Değerlendirme üç fazda yapılmıştır:

1. Faz (Monitorizasyon): Program kapsamında yapılan eğitici eğitimlerinin ve öğrenci kurslarının değerlendirilmesi amacıyla, eğitimlerde rutin olarak toplanan kayıtlardan (kurs öncesi ve kurs ortası bilgi puanları, kursun katılımcılar tarafından değerlendirilmesi, öğrencilerin danışmanlık ve RIA uygulama becerilerinin ve eğiticilerin sunum, demonstrasyon ve koçluk becerilerinin değerlendirilmesi vb) yararlanılmıştır.

2. Faz: Bu program kapsamında eğitim alan eğitimcilerin halen aktif olarak program çalışmalarına katılıp katılmadıklarını, ayrılanları ve ayrılma nedenlerini saptamak amacıyla, tıp fakültelerindeki uzman öğretmenler, anabilim dallarının başkanları ya da Sağlık Bakanlığı'na ait kliniklerin yöneticilerine mektup gönderilerek tüm eğitimcilere ait bilgi toplanmıştır.

3. Faz: Değerlendirmenin bu aşaması Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) ilkelerine göre yapılmıştır. Bunun için, bu program kapsamında eğitim almış ve fakültelerinden mezun olmuş öğrencilerin değerlendirilmesi amacıyla, mezunlar arasından sistematik örnekleme ile 20 kişi seçilmiştir. Ayrıca, bu program kapsamında eğitim almış ancak halen tıp fakültelerinden mezun olmayan öğrencilerin değerlendirilmesi amacıyla da iki ayrı kohort seçilmiştir. Bu kohortlardaki öğrencilerin tamamı ve mezunlar arasından seçilen 20 öğrenci, aile planlaması kliniğine başvuran kişiye danışmanlık verirken ve RIA uygularken gözlemlenmiştir. Gözlemler, bu değerlendirme çalışması için geliştirilen, öğrenci kurslarında kullanılan öğrenim rehberlerinden daha geniş olan ve RIA uygulama ve danışmanlık işlem basamaklarının ayrıntılı bir şekilde yer aldığı "gözlem formları" ile yapılmıştır. Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) ilkelerine göre, her öğrenci 6 kez gözlenmiş ve sonuçlar toplam gözlem sayısı üzerinden değerlendirilmiştir (7). Bu değerlendirme sonuçları sunum sırasında verilecektir.

Tablo 1: JHPIEGO programı kapsamında 12 tıp fakültesinde verilen Aile Planlaması kurs sayısı ve eğitilen öğrenci durumu (1993-1996)

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi intern eğitimine başlamamıştır.
JHPIEGO: Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı

Tablo 1: JHPIEGO programı kapsamında 12 tıp fakültesinde verilen Aile Planlaması kurs sayısı ve eğitilen öğrenci durumu (1993-1996)

Tıp Fakültesi	Kurs sayısı (öğrenci eğitimleri)	Eğitilen öğrenci sayısı	Kurs başına düşen öğrenci sayısı
Hacettepe	39	229	5.9
Eskişehir	15	150	10.0
Ankara	19	156	8.2
Marmara	16	152	9.5
Dokuz Eylül	22	207	9.4
Gazi	21	194	9.2
Bursa	10	72	7.2
Samsun	7	56	8.0
Kayseri	11	64	5.8
Sivas	3	19	6.3
Çukurova	1	10	10.0
Erzurum	4	43	10.8
Toplam	168	1352	8.1

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi intern eğitimine başlamamıştır.
JHPIEGO: Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı

KAYNAKLAR:

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, HÜ Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Demographic and Health Survey Macro International Inc., Ankara, 1994.
2. 1988 Turkish Population and Health Survey, Hacettepe University Institute of Population Studies Publication, Ankara, 1989.
3. Kırcalıoğlu F.N., Dervişoğlu A.A., Oral S.N.: Tıp Fakültelerinin Aile Planlaması Eğitim Programlarının Değerlendirilmesi, 1985-1989. Tıp Fakülteleri Müfredat Programlarına Aile Planlaması Konularının Entegrasyonu Toplantısı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 24-25 Aralık 1992.
4. Strengthening Clinical Family Planning Training in Pre-service Physician Education in Turkey. FCA-5420, A Project Proposal Prepared by Asia/Near East Office of JHPIEGO Corporation, Brown's Wharf, 1615 Thames Street, Baltimore, MD 21231, USA.
5. Coordination and Assistance to MOH/University Technical Committee for Strengthening Pre-service F.P. Training, FCA-5421, A Project Proposal Prepared by Asia/Near East Office of JHPIEGO Corporation, Brown's Wharf, 1615 Thames Street, Baltimore, MD 21231, USA.
6. Evaluation Report for JHPIEGO Project Activities in Turkey 1993-1996, Hacettepe University, School of Medicine, Dept. of Public Health, Ankara, Sep.1997.
7. Valadez J.J.: Assessing Child Survival Programs in Developing Countries, Testing Lot Quality Assurance Sampling, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, 1991.

**ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI EĞİTİMİ İÇİN
HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNİN EĞİTİCİLİK EĞİTİMİ**

Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Onur HAMZAĞLU

GATA Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: Sağlık Astsubaylarının erbaş ve erlerin aile planlaması, doğum kontrol yöntemleri ve üreme fizyolojisi konusunda eğitimlerinde sürekli, düzenli ve yaygın biçimde rol almalarını sağlamak için zemin oluşturmak.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Eylül 1996-Ağustos 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma, müdahale araştırması tipindedir. Çalışmaya 1996-97 eğitim-öğretim döneminde stajyer olan 170 Sağlık Astsubayı katılmıştır. Bu kişilere aile planlaması, doğum kontrol yöntemleri ve üreme fizyolojisi konusunda test uygulanmış, bu test sonucunda ortaya konan stajyer astsubayların bilgi düzeyleri ile Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'ndaki 77/1 dönem erbaş ve erlerin bilgi düzeyleri birlikte değerlendirilerek hazırlanan eğitim programı ile sözü edilen konularda araştırmacı tarafından eğitim verilmiş ve daha sonra son test uygulanmıştır.

Bulgular: Stajyer Sağlık Astsubaylara verilen eğitim bilgi düzeyini tüm konularda 13 kat artırmış (RE=13.1), eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 79'unun başarılı olmasını sağlamıştır (AE=78.8). Eğitimin başarıya etkisi %92 olarak saptanmıştır (EO=%92.4). Eğitim sonrasında tüm konulardaki bilgi düzeyi eğitim öncesine göre artmakla birlikte, bilgi düzeyi en çok genel AP kavramı konusunda artmış, verilen eğitim doğum kontrol yöntemleri konusundaki bilgiyi artırmada daha etkili olmuştur.

Sonuç: Stajyer Sağlık Astsubaylarının erbaş ve erlerin aile planlaması konusunda eğitiminde eğiticiler olarak başarılı olacağı ortaya konmuştur.

SUMMARY

**THE EDUCATION OF NON-PHYSICIAN HEALTH PERSONNEL
AS EDUCATORS FOR FAMILY PLANNING EDUCATION OF MEN**

Objective: The main objective of the study is to get Health Noncommissioned Officers take roles in the recruits' education about family planning continuously, regularly and widely.

Material-Method: This study was performed in GATA Public Health Department in the period of September 1996-August 1997. This study is an intervention study. One hundred seventy health noncommissioned officers who are students in the education period of 1996-97. They were tested about family planning, contraceptive methods and reproductive physiology and then were educated about this subjects and then were tested again.

Result: The education given to the health noncommissioned officer students increased the knowledge level 13.1 times (Relative efficiency=13.1). Efficiency rate of the education was 92.4% and attributable efficiency was approximately 79 (AE=78.8). Whereas after the education the knowledge level in all subjects increased according to before education, maximum increase occurred in general family planning information, the education was more effective to increase the knowledge level about contraceptive methods.

Conclusion: It has been shown that the health noncommissioned officers will be successful in recruits' education about family planning.

Giriş: Erkekler, aile planlaması yöntemlerini kullanma ve çiftlerin sahip olabileceği çocuk sayısına karar verme konusunda çok önemli bir role sahiptirler (15, 17). Dünyanın birçok ülkesinde, erkeklerin üreme ve doğurganlığın kontrolü ile ilgili yönelimlerinin belirgin olarak erkeklerin başat olduğu ataerki geleneklere dayandığı, bu durumun da kadınların üreme ile ilgili davranışlarını etkilediği saptanmıştır (7, 13). Ülkemizde de toplumun büyük çoğunluğunun yönelimi bu duruma paraleldir. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre, halen evli kadınların %26.2'si (yöntem kullananların %41.9'u) geri çekme, %6.6'sı (yöntem kullananların %10.5'i) kondom kullanmaktadır (9). Sonuçta yöntem kullananların %52.4'ü erkek uyumunu-katılımını gerektiren yöntemleri kullanmaktadırlar (9).

Bütün dünyada, erkeklerin doğurganlığın kontrolünde kadınlarla eşit sorumluluk paylaşmadıkları bilinmektedir (16). Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bölümü, aile planlamasını onaylamakta, aile planlamasının sorumluluğunun çiftlerin paylaşımında olduğunu kabul etmektedirler. Buna karşın, yine erkeklerin büyük bölümü gebelikten korunma yöntemlerini kadınların kullanması gerektiğine inanmaktadırlar (6, 18).

Ülkemizde erkeklerin AP hizmetlerinin tüm aşamalarında katılım düzeylerinin artırılması için en uygun hedef grup askerlik görevlerini yapmakta olan genç erişkin erkeklerdir. Askeri eğitim birliklerine aynı yaş grubundan, büyük çoğunluğu bekar, ülkemizin bütün bölgelerinden ve illerinden, köyden büyükşehirlere kadar bütün yerleşim birimlerinden, bütün eğitim düzeylerinden, çok farklı mesleklerden, farklı gelir düzeylerinden ve farklı aile yapılarından her üç ayda bir, her bir dönemde yaklaşık 3500 kişi "temel askerlik eğitimi"ni almak için katılmaktadırlar. Küçük farklılıklar göstermekle birlikte, üçer aylık dönemlerde gelen gruplar, genel olarak benzer özelliklere sahiptirler.

Böylesi özelliklere sahip bir grup üzerinde gerçekleştirilecek sağlıklı davranış değişiklikleri, hedef kitlenin nesnellığı nedeniyle tüm toplumu olumlu yönde etkileyebilecektir. Aile planlaması konusunda uygulanacak olan eğitimin de erkeklerin aile planlamasına katılımını özendirileceği ve artıracığı düşünülebilir.

Sağlık Astsubayları, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin sağlık teknisyeni gereksinimini karşılamak için GATA Sağlık Astsubay Hazırlama ve Sınıf Okulu'nda öğrenim görmektedirler. Bu kişiler, mezun olduktan sonraki kıta hizmetleri sırasında görevleri gereği gerek hiyerarşik yönden gerekse yaş grubu açısından erbaş ve erlere en yakın sağlık personeli konumundadırlar. Sağlık Astsubayları genel-

de sağlık eğitimi özelde de AP konusunda erbaş ve erler için eğitici olarak ele alınabilirler.

Çalışmanın temel amacı: Sağlık Astsubaylarının, erbaş ve erlerin aile planlaması konusunda eğitiminde sürekli, düzenli ve yaygın biçimde rol almalarını sağlamaktır. Bundan yola çıkarak, kısa erimde AP, cinsel bilgiler ve üreme fizyolojisi konularında Stajyer Sağlık Astsubaylarının erbaş ve erlere eğitim verebilmeleri için zemin oluşturma, uzun erimde ise; yapılan çalışmalardan olumlu sonuçlar alındığında Stajyer Sağlık Astsubayların sürekli olarak eğitici eğitim programlarına alınması ve AP eğitimcileri olarak aktif çalışmalarını sağlanarak ülkemizin erkek nüfusunun AP, cinsel bilgiler ve üreme fizyolojisi konusundaki bilgi düzeyini geliştirmek hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda, Eylül 1996-Ağustos 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma üç aşamalı olarak düzenlenmiştir:

1. Stajyer Sağlık Astsubaylarının kadın ve erkek üreme sistemleri, cinsel bilgiler ve aile planlaması konularındaki bilgi düzeylerinin saptanması (ön test).

2. Stajyer Sağlık Astsubaylarının yukarıda sözü edilen konularda eğitimlerinin yapılması.

3. Stajyer Sağlık Astsubaylarına uygulanan eğitimin etkinliğinin saptanması (son test).

Çalışma müdahale araştırması tipinde düzenlenmiştir.1996-97 eğitim-öğretim döneminde stajyer olan Sağlık Astsubaylarına eğitim öncesi bilgi düzeyini saptamak amacı ile, 78 sorudan oluşan ve katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özelliklere, erkek ve kadın üreme sistemleri anatomisi ve fizyolojisine ve aile planlaması ve gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin soruları içeren soru formu uygulanmıştır.1996-97 eğitim-öğretim döneminde stajyer olan 170 Sağlık Astsubayının tamamına ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile başka bir çalışmada saptanan Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda görev yapan 7711 dönem erbaş ve erlerin aynı konulardaki bilgi düzeyleri temel alınarak eğitim programı hazırlanmıştır. Bu eğitim programı Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na staj için gelen Sağlık Astsubayı öğrencilerine uygulanmıştır. Bütün dersler, araştırmacı tarafından verilmiştir. Katılımcılara, eğitimden bir tam gün sonra soru formu yeniden uygulanmış ve eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Yanıtlar değerlendirilirken: başarı notu bu kişilerin eğitici olacakları düşünüldüğünden "70" olarak alınmıştır.

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 5.0.1 for Windows istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Ayrıca çalışmanın bir müdahale araştırması olması nedeniyle Rölatif Etkinlik (RE), Atfedilen Etkinlik (AE), Etkinlik Oranı (EO) gibi ölçümler de kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan Stajyer Sağlık Astsubayların yaş ortalaması 19.9±1.7 (17-23) olup, hepsi askeri öğrenci olmaları nedeniyle bekardır. Stajyer Sağlık Astsubaylara ilişkin çeşitli özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası yanıtları sorulara göre değerlendirildiğinde; eğitimden önce, aile planlaması tanımı ile ilgili soruya katılımcıların %84.7'si, eğitimden sonra ise tamamının doğru yanıt verdiği görülmektedir. Aynı şekilde; eğitimden önce riskli gebeliğin önemli bileşenlerinin (sağlıklı doğum yaşları, sağlıklı doğum aralığı, en çok çocuk sayısı) bir arada bulunduğu soruyu katılımcıların %21.2'si, bir kondomun kaç kez kullanılabileceğini %88.2'si, eğitimden sonra ise tamamı doğru olarak yanıtlamıştır. Gebelik olasılığının en yüksek olduğu dönemle ilgili soruyu doğru olarak yanıtlayanların oranısı eğitimden önce %32.9, eğitimden sonra %76.5'tir. Dölenmenin anatomik yerini eğitimden önce katılımcıların %35.3'ü, eğitimden sonra %48.2'si doğru olarak yanıtlamışlardır. Katılımcıların soru formunda yer alan çeşitli sorulara eğitimden önce ve eğitimden sonra doğru yanıt verme durumları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Katılımcılara yöneltilen toplam 50 bilgi sorusu 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi ortalama puan 60.9 (9.5, eğitim sonrası 80.1 (6.5'tir). Stajyer Sağlık Astsubayların konulara göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan durumları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi

Tüm Bilgi Soruları İçin:

	85.3	
Rölatif Etkinlik (RE)	= $\frac{85.3}{6.5}$	13.1 (7.42 < RE < 23.42)
Atfedilen Etkinlik (AE)	= 85.3 - 6.5 = 78.8	
Etkinlik Oranı (EO)	= $\frac{85.3 - 6.5}{85.3} \times 100 = \%92.4$	

Tüm etkinin yalnızca eğitime bağlı olduğu kabul edildiğinde; verilen eğitim, eğitim öncesine göre bilgi düzeyini 13 kat artırmıştır (RE=13.1). Eğitim, eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 79'unun başarılı olmasını sağlamıştır (AE=78.8). Eğitimin başarıya olan etkisinin %92.4 olduğu saptanmıştır (EO=%92.4).

Konulara göre başarı durumu ve eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi Tablo 4'te verilmiştir.

Tartışma: Ülkemizde AP ile ilgili çalışmaların çoğunluğu kadınların, özellikle de evli kadınların bu konudaki bilgi ve uygulamalarını saptamak için yapılmışken, erkeklere yönelik olarak yapılan az sayıda çalışma vardır (2, 3, 4, 7, 10, 11, 12). Bu çalışmalardan sadece birisi müdahale araştırması (3), diğerleri bilgi, tutum ve davranış saptama araştırması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bunlardan erbaş ve erlerle ilgili olan ikisi ve subay ve astsubaylarla ilgili olan biri de kesitsel araştırmalardır (4, 10, 11).

Stajyer Sağlık Astsubayların eğitim öncesi test sonuçları değerlendirildiğinde; katılımcıların %84.7'sinin AP tanımını doğru olarak yaptıkları saptanmıştır. Bu oran; Eter'in Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada %77.0, Akbaba ve ark. nın Adana ilindeki lise (sağlık meslek lisesini de içeren) öğrencileri arasında yaptığı çalışmada %77.4, Kayhan ve ark.'nın Kocaeli ilindeki lise (sağlık meslek lisesini de içeren) öğrencileri arasında yaptığı çalışmada %81.0, Bostancı ve ark.'nın Ankara ilinde ortaokul, lise ve yüksekokul öğrencileri arasında yaptığı çalışmada %55.4 olarak bulunmuştur (1, 5, 8, 14).

Katılımcıların %99.4'ü sağlıklı doğum yaşının üst sınırını, %97.6'sı alt sınırını, %84.7'si sağlıklı doğum aralığını ve %20.0'si riskli gebelik için en çok çocuk sayısını doğru olarak bilmişlerdir. Eter'in çalışmasında, katılımcıların %90.7'si çok ve sık aralıklarla çocuk doğurmanın sağlığı bozacağını ifade etmişlerdir (8).

Stajyer Sağlık Astsubayların %90.6'sı kürtajın bir gebelikten korunma yöntemi olmadığını bilmişlerdir. Bu oran; Eter'in çalışmasında %80.3 olarak saptanmıştır (8).

Bu çalışmaya katılanların %95.9'u gebelikten korunmada sorumluluğun eşlerin her ikisinde olduğunu ifade etmişken, Eter'in çalışmasına katılan öğrencilerin %72.3'ü aynı düşünceye sahiptir (8). Bu bulgu; sağlık teknisyeni aday olsalar da, tamamı erkek olan katılımcıların, büyük bölümü kız olan Eter'in çalışmasındaki katılımcılara göre daha olumlu bir tutum sergilemeleri anlamında değerlidir.

Katılımcıların en çok bildikleri ilk dört gebelikten korunma yöntemi sırasıyla; kondom (%81.2), OKS (%69.4), geri çekme (%66.5),

ve RİA'dır (%56.5). Bu sıralama Elerin çalışmasında OKS (%69.3), RİA (%65.3), kondom (%46.3) ve geri çekme (%40.0) olarak saptanmıştır (8). Stajyer Sağlık Astsubayların erkek yöntemlerini daha çok bilmeleri doğaldır. Bununla birlikte, RİA dışında tüm yöntemler için bu çalışmadaki katılımcıların daha çok bilgiye sahip olmaları kayda değerdir. Akbaba ve ark. nın çalışmasında ise katılımcıların en çok bildiği yöntemin OKS olduğu saptanmıştır (1).

Eğitim öncesinde Stajyer Sağlık Astsubayların en yüksek bilgi düzeyinin genel AP konularında, en düşük bilgi düzeyinin ise gebelikten korunma yöntemlerinde olduğu saptanmıştır. Eğitimden sonra ise-bütünüyle bilgi düzeyi yükselmesi ile birlikte-en iyi bilgi düzeyinin yine genel AP konularında olduğu, en düşük bilgi düzeyinin ise cinsel bilgiler ve üreme sistemlerine ilişkin konularda olduğu gözlenmiştir.

Daha önceden AP konusunda erkekler arasında yapılan müdahale çalışmasında RE, AE, EO gibi ölçütler saptanmamış olduğundan bu konuda karşılaştırmalar yapılmamıştır (3).

Sonuçlar: Bu çalışmada erbaş ve erlerin aile planlaması konusundaki eğitiminde eğiticiler olarak düşünülen stajyer sağlık astsubaylarına verilen eğitimin başarılı olduğu görülmüştür. Stajyer Sağlık Astsubaylara (N=170) verilen eğitim bilgi düzeyini tüm konularda 13 kat artırmış (RE=13.1), eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 79'unun başarılı olmasını sağlamıştır (AE=78.8). Verilen eğitimin başarıya etkisi %92 olarak saptanmıştır (EO=%92.4).

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar; erbaş ve erler için sağlık eğitimcisi olarak düşünülen sağlık astsubaylarının AP ve üreme sağlığı konusundaki bilgilenmelerinin yetersiz olduğunu, bu yetersizliğin eğitimle giderilebileceğini ortaya koymuştur.

Kıta hizmetleri sırasında görevleri gereği erbaş ve erlere en yakın konumda sağlık personeli olan Sağlık Astsubaylarının öğrencilikleri sırasındaki eğitimlerinin, özellikle erbaş ve erlere yararlı olabilecek konularda yoğunlaşması gerekmektedir. Sağlık Astsubaylarına etkin olarak verilecek AP eğitiminin erbaş ve erlere doğal olarak yansması nedeniyle ulusal düzeyde katkı sağlayacağından, GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı önderliğindeki eğitim çalışmaları için başta Sağlık Bakanlığı ve Millî Savunma Bakanlığı olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşların maddi ve insangücü desteği sağlanmalıdır.

Stajyer Sağlık Astsubaylarına verilecek AP ve üreme sağlığı eğitimi; bu kişilerin eğitim programlarına düzenli olarak yerleştirilmeli, eğitim verilen grupların erbaş ve erlere eğitim vermeleri için gerekli materyal desteği sağlanmalıdır. Bu eğitimin olabildiğince uygulamalı olarak sunulması, bu konuda olanakların sağlanması yararlı olacaktır.

Tablo-1 1996-97 Eğitim-Öğretim Dönemi Stajyer Sağlık Astsubaylarının Çeşitli Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Sayı	%
Yaş		
< 20	75	44.1
≥ 20	95	55.9
Doğduğu yerleşim birimi		
Köy	30	17.6
Belde, kasaba, ilçe	71	41.8
İl Merkezi	69	40.6
Ailesinin yaşamakta olduğu yerleşim birimi		
Köy	17	10.0
Belde, kasaba, ilçe	72	42.4
İl Merkezi	81	47.6
Bir önceki yılda öğrenim gördüğü okul		
Sağlık Astsubay Hazırlama Okulu	60	35.3
Sivil Sağlık Meslek Lisesi	70	41.2
Sağlık Meslek Yüksekokulu	40	23.5
Aynı evde birlikte yaşadığı kişi sayısı		
1-4	127	74.7
4	43	25.3
Ailesinin aylık geliri*		
10-40 milyon TL	66	38.8
41-54 milyon TL	37	21.7
55-69 milyon TL	38	22.4
70 milyon ve daha çok	29	17.1
TOPLAM	170	100.0

*1997 yılının ilk yarısı itibarıyla

Tablo-2 Stajyer Sağlık Asteubayların Çeşitli Sorulara Eğitimden Önce ve Sonra Bazı Sorulara Doğru Yanıt Verme Durumları

Sorular	Doğru yanıt verenler (%)	
	Eğitimden önce	Eğitimden sonra
AİLE PLANLAMASI		
Aile planlaması tanımı	84.7	100.0
Riskli gebelik (en çok kaç çocuk)	20.0	56.5
Riskli gebelik (kaç yaş öncesi)	99.4	100.0
Riskli gebelik (kaç yaş sonrası)	97.6	100.0
Riskli gebelik (sağlıklı doğum aralığı)	84.7	98.2
Gebelikten korunmada sorumluluk	95.9	100.0
Akraba evlilikleri riskli midir?	96.5	97.1
DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ		
Kürtajın doğum kontrol yöntemi olmadığı	90.6	100.0
OKS'lerin van etkileri	62.4	92.4
Bir kondomun kaç kez kullanılacağı	88.2	100.0
Kondomun CYBH'lerin* bulaşmasını engellemesi	70.0	96.5
Emzirme döneminde gebelik olasılığı	42.4	93.5
Geri çekmenin gebe kalmayı engelleme olasılığı	75.9	84.7
OKS'lerin doğurganlığa etkisi	56.5	79.4
OKS'lerin gebeliği nasıl önlediği	62.9	73.5
RIA'nın gebeliği nasıl önlediği	54.1	83.5
RIA'nın güvenilir olduğu	56.5	98.8
Vajinal lavajın güvenilir olmadığı	77.1	96.5
Gönüllü cerrahi sterilizasyonun güvenilir olduğu	57.6	94.1
Geri çekmenin güvenilir olmadığı	85.3	99.4
Takvim yönteminin güvenilir olmadığı	68.2	91.8
RIA'yı kadınların kullanacağı	84.7	99.4
Cerrahi sterilizasyonu her iki cinsiyete uygulanabileceği	55.9	97.1
Geri çekmeyi erkeklerin uygulayacağı	92.9	99.4
Spermisitleri kadınların kullanacağı	55.9	94.1
Takvim yöntemini eşlerin birlikte uygulayacağı	37.6	52.4
CİNSEL BİLGİLER, ÜREME SİSTEMLERİ		
Cinsiyet oluşumu	45.3	57.1
Adet kanaması tanımı	85.9	98.2
Kızlarda ergenlik çağıının başlangıcı	72.4	96.5
Erkeklerde ergenlik çağıının başlangıcı	64.7	92.9
Spermilerin üretim veri	95.9	98.8
Spermilerin üretim sıklığı	75.9	97.6
Kadın cinsiyet hormonu	90.0	99.4
Erkek cinsiyet hormonu	92.4	100.0
Prostatın görevi	40.0	84.7
Adet kanaması sıklığı	93.5	99.4
Gebelik olasılığının en yüksek olduğu dönem	32.9	76.5
Testislerin görevi	85.9	92.4
Döllenmenin nerede gerçekleştiği	35.3	48.2
Şematik resimde uterusu tanıyabilme	86.5	98.8
Şematik resimde tüpleri tanıyabilme	78.2	98.2

*CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Tablo-3 Eğiticilerin Eğitimi İlk Test ve Son Test Sonuçları

Konu	Soru Sayısı	Toplam Puan	Ortalama Puan \pm SD	
			Eğitim öncesi	Eğitim sonrası
Cinsel Bilgiler, Üreme Sistemleri	21	33	20.8 \pm 3.8	25.2 \pm 2.5
Genel Aile Planlaması Bilgileri	12	12	9.2 \pm 1.3	10.9 \pm 0.9
Gebelikten Korunma Yöntemleri	17	55	30.4 \pm 6.3	43.9 \pm 4.7
TOPLAM	50	100	60.9 \pm 9.5	80.1 \pm 6.5

Tablo-4 Stajyer Sağlık Asteubaylara Verilen Eğitimin Etkinliği

Başarı durumu	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		RE	AE	FO
	Sayı	%	Sayı	%			
Aile Planlaması	Başarılı	129	75.9	168	98.8	20.1	
	Başarısız	41	24.1	2	1.2	5.04 < RE < 83.41	22.9
Cinsel bilgiler Üreme sistemleri	Başarılı	34	20.0	155	91.2	9.1	
	Başarısız	136	80.0	15	8.8	5.56 < RE < 14.79	71.2
Doğum kontrol Yöntemleri	Başarılı	11	6.5	149	87.6	7.5	
	Başarısız	159	93.5	21	12.4	5.06 < RE < 11.32	81.1
Genel (Tüm konular)	Başarılı	25	14.7	159	93.5	13.1	
	Başarısız	145	85.3	11	6.5	7.42 < RE < 23.42	78.8

KAYNAKLAR

1. Arbab, M., Alparslan, N., Karaömerlioğlu, Ö., Hamzacebi, H.: Lise Öğrencilerinde Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Tutumlar. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı.
2. Antürk, M.O., Bumin, Ç.: Gölbaşı Eğitim Araştırma Sağlık Grup Bölgesindeki Evli Erkeklerin AP Konusundaki Bilgi Düzeyleri. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı.
3. Biçer, S.: TCDD Ankara Demiryolu Fabrikasında Çalışan Erkek İşçilerde Eğitimin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Etkilemesi Araştırması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı.73-75.
4. Bostancı, M., Boydak, O., Açık, Y.: Erlerin Evlilik, Çocuk ve Aile Planlaması Konularındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı.
5. Bostancı, M., Bumin, C., Beyazova, U.: Gençlerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 44: 147-154, 1987.
6. Boulos, M.L., Boulos, R., Nichols, D.J.: Perceptions and Practices Relating to Condom Use Among Urban Men in Haiti. Stud. Fam. Plann., 22: 318-25, 1991.
7. Campbell, E.K.: Fertility, Family Size Preferences and Future Fertility Prospects of Men in The Western Area of Sierra Leone. J. Biosoc. Sci., 26: 273-7, 1994.
8. Eter, M.: Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Tutumları. Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara, 1982.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, 1994.
10. Hasde, M.: Etimesgut Askeri Garnizonunca Görevli Subay ve Astsubayların, Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1991.
11. Hasde, M., Ezmeçi, T., Enünlü, T.: Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Görevli Erlerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Deniz Tıp Bülteni, 6: 59-68, 1989.
12. Höke, A., Düzyürek, S., Peker, O.R.: Akyurt Sağlık Ocağı Bölgesi 18-50 Yaş Grubundaki Erkeklerin Aile Planlaması Ve Erkeklerin Kullandığı Gebelikten Korunma Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları. HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Ankara, 1987.
13. Isigbo, U.C.: Reproductive Motivation and Family Size Preferences Among Nigerian Men. Stud. Fam. Plann., 25: 149-61, 1994.
14. Kayhan, M., Aksayan, S., Bozkurt, Z., Ekşioğlu, B., Hayran, O.: Lise Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı.
15. Mbizvo, M.T., Adamchak, D.J.: Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices of Men in Zimbabwe. Stud. Fam. Plann., 22: 31-8, 1991.
16. Ringheim K., Factors That Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods for Men. Studies in Family Planning, 24: 87-99, 1993.
17. The Johns Hopkins School of Public Health. Reaching Men Worldwide: Lessons Learned from Family Planning and Communication Projects, 1986-1996. Baltimore, 1997.
18. Were, E.O., Karanja, J.K., Attitudes of Males to Contraception in a Kenyan Rural Population. East. Afr. Med. J., 71: 106-9, 1994.

TÜRK KADINLARININ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. M. Nihal ESİN

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı

ÖZET

Bu çalışma, farklı kültürde yetişmiş Türk kadınlarının sağlık davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirleyerek kadın sağlığını geliştirme programlarına zemin hazırlamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Deneklerin sağlık davranışları Pender tarafından geliştirilen Sağlık Geliştirme Modeline göre araştırılmıştır.

Çalışma: İstanbul'da Sarıyer ilçesi Bahçeköy Beldesi'nde yaşayan 1000 kadından Basit rastlantısal yöntemle seçilen 200 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Deneklerin sağlık davranışları ve bu davranışları etkileyen Bilişsel Algılama ve Değiştirilebilir Faktörler arasındaki ilişki; varyans analizi ve korelasyon yöntemleri ile incelenmiş ve literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Sonuç olarak; kadınların sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu ($x:120.88$), Bilişsel Algılama Faktörlerinin düşük olduğu, sağlık davranışlarının, eğitim ($p<0.05$) ekonomik düzeye ($p<0.01$) paralel olarak arttığı bulunmuştur. Çalışma bulguları sağlığı geliştirme modelinin hipotezlerini destekler niteliktedir.

SUMMARY

EVALUATION OF THE HEALTH BEHAVIOUR OF TURKISH WOMEN

This study was planned as descriptive in order to prepare a setting for women health promotion programs by determining health behaviours of the women and affecting them. Health behaviours of the women were investigated according to health promotion model which was developed by pender.

This study was performed on 200 woman who were chosen by basic randomise sampling. These woman were chosen from Sarıyer Bahçeköy village in Istanbul in which there were 1000 woman.

Health behaviours of the subject and cognitive percaptual and modifiable factors, which can effect these behaviours and the correlations between them were investigated by variance analysis and correlation method and discussed in the light of the information existed in the literature.

As a result, it was found that healthy lifestyle behaviours of the women were at a moderate level ($x:120.88$), that cognitive-perceptual factors were low and that health behaviours were improved parallel to education ($p<0.005$) economic status ($p<0.01$). The findings in this study are in support of the hypotheses in Health promotion model.

Giriş ve Amaç: Günümüzde, pek çok sağlık sorununun sağlıksız yaşam biçimi ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri gelişmiş ülkeler, sağlığı koruyan ve geliştiren stratejileri uygulamaya koymaktadırlar. Bu stratejilerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında sağlık insan gücü olarak Halk Sağlığı Hemşireleri rol almaktadır (6, 8, 10).

Bireylere, sağlık davranışları, sağlığı geliştirme programları ile kazandırılabilir. Ancak bundan önce, toplum gruplarının sağlık davranışlarını belirleyecek teorik ve analitik çalışmalarla sağlık kapasitelerinin belirlenmesine gereksinim vardır. Sağlık eğitimlerinin ve birinci basamak koruma programlarının planlanmasında sağlıkla ilgili davranışları tanımak, sıklığı hakkında bilgi sahibi olmak, inançla davranış arasındaki ilişkiyi belirleyen bilişsel faktörleri belirlemek eğitimi planlamada vazgeçilmezdir (1, 9, 10, 11).

Toplum; gelenek-görenekleri, alışkanlıkları farklı birçok grubu içermektedir. Bu nedenle öncelikle toplum grupları üzerinde çalışılması ve sağlık davranışlarını belirlemede o kültüre özgü güvenilir ölçme araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir (2, 6).

Ülkemizde, sağlık davranışlarını ve etkileyen demografik ve bilişsel faktörleri belirleyerek hazırlanmış sağlığı geliştirme programlarının yetersiz olduğu görülmektedir ve bu yöndeki uygulamalara temel oluşturacak çalışmalara gereksinim vardır.

Toplumumuzda birçok sağlık sorununa sahip olan gruplardan biri erişkin kadınlardır. Bu sağlık sorunlarının büyük bir bölümünün yanlış veya yetersiz sağlık davranışlarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Ailenin sağlık yönetiminde de önemli roller üstlenen kadınlarımıza olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması gereklidir. Bu noktadan yola çıkılarak planlanan çalışmanın amacı Türk kadınlarının sağlık davranışlarını ve davranışlarını etkileyen demografik ve bilişsel faktörlerinin davranış üzerindeki etkisini belirleyerek kadın sağlığını geliştirecek programlara zemin hazırlamaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre 2. aşamada, Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışları kazandırma programları hazırlanacaktır.

Sağlık davranışı ve etkileyen faktörler hakkında yorum yapmaya ve tartışmaya olanak sağlayacak pek çok model ve kuram geliştirilmiştir ve bu tür çalışmaların geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş bir model ya da kurama dayandırılması önerilmektedir. Bu konuda en çok kullanılan modeller Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) ve Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir (10, 11).

Bu çalışmada da kadınların sağlık davranışlarını değerlendirmede kuramsal çerçeve olarak, Pender tarafından geliştirilen ve pek çok topluluk üzerinde test edilerek geçerliliği kanıtlanmış olan "Sağlığı Geliştirme Modeli" temel alınmıştır. Bu modele göre; sağlık davranışlarını etkileyen değişkenler 3 boyuttadır. **Bilişsel Algılama Faktörleri, Değiştirilebilir Faktörler ve Davranış Süreci.** Bilişsel Algılama Faktörleri: Sağlığa verilen önem, sağlık durumunu algılama, sağlık sorumluluğu, sağlık kontrol düzeyi gibi davranış üzerinde doğrudan etkisi olan içsel süreçleri içerir. Değiştirilebilir Faktörler ise demografik, biyolojik, etkileşim gibi davranış üzerinde dolaylı etkisi olan durumları içerir (4, 10, 11, 12, 13).

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın Şekli: Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi: Araştırma, Haziran-Eylül 1997 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini İstanbul Sarıyer ilçesi Bahçeköy Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 18 yaş üstü 1000 kadın oluşturmaktadır. Evrendeki 1000 kadından 200 kişilik bir örnek belirlenmiştir. Örneklem grubu ev ziyareti yapılan 300 haneden basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen kadınlardan oluşturulmuştur. 18 yaşın altında olan, son 6 ay içinde önemli bir hastalık geçiren ve uzman bir doktorun kontrolünde olan ve görüşmeyi kabul etmeyen kadınlar örneklem grubuna alınmamıştır.

Verilerin Toplanması: Araştırmada kullanılan formlar bireylerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Veri toplama süresi her birey için 25-35 dk. sürmüştür.

Veri Toplama Araçları:

***Anket Formu:** Sağlığı Geliştirme Modelindeki değiştirilebilir faktörleri içermektedir. Bunlar; yaş, cins, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve konfor düzeyidir.

***Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği (ÇBSK):** Bireyin sağlık davranışlarını nasıl algıladığını ve kontrol ettiğini ölçer. Walston, Walston ve De Wellis tarafından geliştirilmiştir.

Ölçeğin 3 alt grubu vardır:

a) İçsel Sağlık Kontrolü: Bireyin kendi değerlerinin sağlığı üzerindeki etkisini ölçer.

b) Güçlü Dışsal Kontrol: Bireyin sağlığını kontrol etmede, sağlık personeli, arkadaş, aile gibi dış etkenlerin ne derecede önemli olduğunu belirler.

c) Şans etkisi: bireyin sağlığını kontrol etmede şansın, talihi etkisini ölçer (4, 10). Bu örneklem grubu için ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla: 0.78, 0.79, 0.73 olarak bulunmuştur.

***Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği (SYBD):** Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. 6 alt grubu vardır.

a) Kendini Gerçekleştirme: Bireyin yaşam amaçlarını bireysel olarak gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

b) Sağlık Sorumluluğu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

c) Egzersiz: Bireyin egzersiz uygulama düzeyini belirler.

d) Beslenme: Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

e) Kişilerarası Destek: Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

f) Stres Yönetimi: Bireyin stres kaynaklarını, tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (10, 11, 12). Örneklem grubu için ölçeğin tamamının iç tutarlılığı 0.91, alt grupları için ise sırasıyla: 0.84, 0.80, 0.73, 0.55, 0.68, 0.68 olarak bulunmuştur. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türk toplumuna uyarlanması çalışmaları Esin tarafından yapılmıştır (5).

Verilerin Değerlendirilmesi: Ölçeklerin iç tutarlılıkları Alpha katsayısı (Alpha Coefficient) ile belirlenmiştir. Ölçeklerin geçerliliği ni değerlendirilmede kullanılan Alpha katsayısının değeri 0-1 arasındadır. 1'e yaklaştıkça ölçeğin geçerlilik düzeyi artar. En yeterli düzey 0.80'nin üzerindedir (Nunnally 1978) (12, 13). Değerlendirmede kullanılan diğer analiz yöntemleri: varyans analizi, korrölasyon yöntemi.

Bulgular ve Tartışma: Bulgular 4 bölüm halinde sunulmuş ve tartışılmıştır.

1. Kadınları Tanıtıcı Özellikler: Tanıtıcı özellikler kapsamında, Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenlerinden Değiştirilebilir faktörler incelenmiştir. Kadınların demografik özellikleri incelendiğinde büyük bölümünün 18-33 yaş grubundadır (%55), evli (%67.5) ve ilkököl mezunu (%36.5) olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Ekonomik düzeyleri incelendiğinde ise büyük bir bölümünün ev kadını (%64) orta gelir (%75) ve konfor düzeyinde (%59) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu bulgulara göre kadınların çoğunun genç yaş grubunda ve orta ekonomik düzeyde olduğu görülmektedir. Konfor düzeyi Demirhindi ve Baltaş'ın kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Türk toplumunun konfor düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalarda da grupların orta konfor düzeyinde olduğu bulunmuştur (3, 5).

2. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadınların Bilişsel Algılama Faktörleri Arasındaki İlişki: Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama Faktörleri ile değiştirilebilir faktörler arasında dolayı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Kadınların Bilişsel Algılama düzeylerini ölçen ölçeklerden aldıkları puanlar tablo 3'de gösterilmiştir. ÇBSK ölçeğini geliştiren araştırmacılar ortalama puanlarını: içsel sağlık kontrolü için 50.4 ve üstü, Güçlü Dışsal Kontrol için 40.9 ve altı, Şans Etkisi için ise 31 ve altı olması gerektiğini belirtmişlerdir (10). Araştırma grubundaki kadınların içsel Sağlık Kontrol düzeyleri 53.31, Dışsal Kontrol düzeyleri 50.6 ve Şans etkisi düzeyleri 37.27 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Kadınların içsel kontrol düzeylerinin yüksek olması gruba uygulanacak Sağlık Eğitimi programlarının başarılı olabileceğinin bir göstergesi olabilir. Ülkemizde Esin tarafından yapılan çalışmada benzer (5) yurtdışındaki çalışmalarda daha yüksek sonuçlar bulunmuştur (4, 12, 13). Güçlü Dışsal Kontrol düzeyi ve Şans Etkisi düzeyleri ise yüksektir. Bu istenmeyen sonucun Türk toplumunun geleneksel yapısında güçlü olan aile ve arkadaş ilişkilerinin etkisi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu sonuç ülkemizde yapılan çalışma sonuçları ile de benzerdir (5). Aile sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında önemli rolleri olan kadınların sağlık kontrollerini kendileri dışında (aile, arkadaş, hekim vb) birisine ve şansa, talihe bırakmaları, gruba uygulanacak sağlık eğitimi programlarını ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Sağlığı Geliştirme Modelinde: yaş, eğitim, konfor düzeyi gibi değiştirilebilir faktörlerin artmasıyla içsel sağlık kontrol düzeyinin arttığı, Dışsal Kontrol ve Şans Etkisi düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (10). Bu çalışmada da Güçlü Dışsal kontrol düzeyi: 18-33 yaş grubunda (F:2.22 P:0.05), ilkököl mezunlarında (F:5.46 P:0.001) yüksek bulunmuştur. Şans Etkisi düzeyi 18-33 yaş grubunda (F:2.62 P:0.022), ilkököl mezunlarında (F:2.33 P:0.05) yüksek bulunmuştur. İçsel kontrol düzeyi ise lise mezunlarında daha yüksek bulunmuştur (F:3.56 P:0.007).

Bu sonuçlar modelin hipotezleri ile benzerdir. Esin tarafından yapılan ve yurtdışında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (4, 5, 7, 13).

3. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki: Sağlığı Geliştirme Modeline göre Değiştirilebilir faktörler sağlık davranışını dolaylı olarak etkilemektedir. Kadınların sağlık davranışlarını ölçen ölçekten aldıkları puanlar tablo 4'de gösterilmiştir. Kadınların sağlık davranış düzeylerinin ölçek puanlarına göre egzersiz alt grubu hariç orta düzeyde olduğu söylenebilir. Sonuçlar, yurtdışında yapılmış benzer çalışmalara göre düşük (4, 7, 13), Esin ve Baltaş'ın çalışma sonuçları ile benzerdir (1, 5). Sağlığı Geliştirme Modelinde yaş, eğitim, ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışına sahip olma düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Bu çalışmada da Toplam Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları; yükseköğretim mezunlarında (F:3.58 P:0.007), gelir düzeyi yüksek olanlarda (F:4.76 P:0.001) yüksek bulunmuştur.

4. Kadınların Sağlık Davranışları ile Bilişsel Algılama Faktörleri Arasındaki İlişki: Sağlığı Geliştirme Modeline göre Bilişsel Algılama Faktörleri sağlık davranışını doğrudan etkilemektedir. Çalışmamızda İçsel Sağlık Kontrolü ile; kendini gerçekleştirme (r:0.30 P:0.001) Beslenme (r:0.20 P:0.002) Kişilerarası Destek (r:0.35 P:0.001) stres yönetimi (r:0.14 P:0.021), Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (r:0.24 P:0.001) arasında pozitif zayıf korrölasyon bulunmuştur. Güçlü Dışsal Kontrol ile; kendini gerçekleştirme (r:0.15 P:0.017), Sağlık Sorumluluğu (r:-0.23 P:0.001), Beslenme (r:-0.21 P:0.01), Kişilerarası Destek (r:-0.25 P:0.001), toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (r:0.21 P:0.001) arasında negatif zayıf korrölasyon bulunmuştur. Şans Etkisi ile; Kendini Gerçekleştirme (r:-0.18 P:0.004), Kişilerarası destek (r:-0.18 P:0.004), Stres yönetimi (r:0.07 P:0.013) ve Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (r:-0.13 p:0.027) arasında negatif zayıf korrölasyon bulunmuştur (Tablo 5). Bu sonuçlar sağlığı geliştirme modelinin hipotezlerini destekler niteliktedir. Model de, içsel sağlık kontrolünün yüksek olması ile olumlu sağlık davranışı görülme sıklığının arttığı, Güçlü Dışsal Kontrol ve Şans düzeyinin artması ile azaldığı belirtilmektedir (7, 10). Esin'in yaptığı çalışma sonuçları ile çalışma sonuçlarımız benzerdir. Yurtdışında yapılan çalışmalara göre, kadınlarda yüksek olması beklenen içsel kontrol düzeyi düşük, düşük olması beklenen güçlü Dışsal Kontrol ve Şans etkisi düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, araştırma grubundaki kadınların sağlık kontrollerini kendileri dışında bir gruba (aile, arkadaş, hekim, hemşire gibi) ve şansa bıraktıklarının bir göstergesidir.

Sonuç ve Öneriler: Türk kadınlarının sağlık davranışlarını ve bunları etkileyen demografik, Bilişsel, faktörleri belirlemek ve sağlığı geliştirme programlarına zemin hazırlamak amacıyla planladığımız çalışmamız sonunda araştırma grubundaki kadınları sağlık davranış düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Olumlu sağlık davranışı gelişimine olanak sağlayacak Bilişsel Algılama Faktörlerinin de yetersiz olduğu bulunmuştur. Bu noktada bu sonuç üzerinde yorum yapmaya olanak sağlayacak benzer çalışmalara

gereksinim vardır. Bu sonuca göre, bu gruba hazırlanacak sağlık eğitimi programlarında, program öncesi grubun sağlıkla ilgili bilişsel süreçlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu amaçla araştırma grubundaki kadınlara hazırlanacak eğitim programlarında bilişsel özellikleri benzer gruplar oluşturacaktır. Bireyin değişim sürecini kendisinin gerçekleştirmesini sağlayacak bireyin kendi kendini değerlendirme teknikleri, model olma, operant koşullama, ödül tekniği, uyarın kontrolü, asosyatif öğrenme gibi teknikler kullanılmaktadır. Benzer çalışmaların çeşitli toplum grupları üzerinde yapılması önerilmektedir.

Tablo 1 :Kadınlarn Yaş, Medeni Durumu, Eğitim durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	N: 200	n	%
YAŞ			
18-25		64	32
26-33		46	23
34-41		42	21
42-49		29	14.5
50-57		9	4.5
57 ↑		10	5
MEĞENİ DURUMU			
Evli		135	67.5
Bekar		52	26
Dul		13	6.5
EĞİTİM DURUMU			
Okur yazar		1	0.5
İlkokul		73	36.5
Ortaokul		24	12
Lise		59	29.5
Yüksekokul		43	21.5

Tablo 2: Kadınların Çalışma Durumları, Aylık Gelirleri ve Konfor Düzeylerine Göre Dağılımları

Özellik	N:200	n	%
ÇALIŞMA DURUMU			
Çalışmıyor		128	64
Çalışıyor		72	36
AYLIK GELİR			
10 milyon↓		5	2.5
10-50		150	75
51-90		41	20.5
91-131		4	2
131↑		-	-
KONFOR DÜZEYİ			
Düşük		51	25.5
Orta		118	59
Yüksek		31	15.5

Tablo 3 : Kadınların Bilişsel Algılama Düzeyini Ölçen Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlar

Ölçekler	N: 200	Alt ve Üst Değer	X ± SD
Çok boyutlu sağlık Kontrolü (ÇBSK)		12-72	53.31±10.75
İşsel Kontrol		12-72	50.16±11.61
• Güçlü Dışsal Kontrol		12-72	37.27±11.09
• Şans Etkisi		1-10	8.27± 2.38
Sağlığın Önemi		1-10	8.27± 2.38

Tablo 4 : Kadınların Sağlık Davranışlarını Ölçen Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlar

Ölçekler	N: 200	Alt ve Üst Değer	X±SD
Kendini Gerçekleştirme		13-52	35.60±7.07
Sağlık Sorumluluğu		10-40	22.08±5.90
Egzersiz		5-20	8.89±3.20
Beslenme		6-24	17.11±3.32
Kişilerarası Destek		7-28	20.56±3.60
Stres Yönetimi		7-28	16.63±3.85
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları		48-192	120.88±20.42

Tablo 5: Kadınların Sağlık Davranışları ve Bilişsel Algılama Faktörleri Arasındaki İlişki

Sağlık Davranışları N :200	Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü					
	İşsel Kontrol		Güçlü Dışsal Kontrol		Şans Etkisi	
	r *	P	r*	P	r*	P
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	0.24	0.001	-0.21	0.001	-0.13	0.027
Kendini Gerçekleştirme	0.30	0.001	-0.15	0.017	-0.18	0.004
Sağlık Sorumluluğu	0.08	0.126	-0.23	0.001	-0.07	0.144
Egzersiz	0.21	0.38	-0.01	0.44	-0.27	0.35
Beslenme	0.20	0.002	-0.21	0.01	-0.03	0.29
Kişilerarası Destek	0.35	0.001	-0.25	0.001	-0.18	0.004
Stres Yönetimi	0.14	0.021	-0.09	0.090	-0.07	0.013

*İstatistiksel olarak anlamlı bulunan tüm korelasyonlar "zayıf bağıntıyı" göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Baltaş Z.: Sağlık Davranışı Kazanma Konusunda Bir Ön Çalışma: İngiltere'de Yaşayan Türk Toplumunun Sağlık Davranış Kalıpları. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 125-135. 1996. İstanbul.
2. Damrosch S.: General Strategies for Motivating People to change their behavior. Nurs Clin North America. 26 (3): 114-116. 1991.
3. Demirhindi O., Baltaş Z., Şinasi A.: Koruyucu Sağlık Davranışı Üzerine Bir Değerlendirme. Psikoloji-Seminer Dergisi. Ege Üniversitesi. Ed. Fak. Yayını. Özel Sayı. İzmir. 1996.
4. Duffy M.: Determinants of Health Promotion in midlife woman. Nurs Res. 37 (6):358-361. 1988.
5. Esin N.: Edüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul. 1997.
6. Hunt W.A., Matarozzo J.D.: Associative learning Habit and Health Behavior. Journal of Behavioral medicine. 22 (2): 111-124. 1979.
7. Lacin J.A.: Self Care, Health Locus of Control and Health Vaule Among Faculty Woman. Public Health Nurs. 5 (1): 37-44. 1988.
8. Lowenberg N.S.: Health promotion and the ideology of choice. Puplic health Nurs, 12 (5): 319-328. 1995.
9. Mc Mahon B.A., William S.D., Davis S.H.: Changing Health Behavior of Community Health Clients. J Community health: Nurs. 1 (1): 96-99. 1984.
10. Pender N.J.: Health promotion in Nursing Pretice. Second Ed., Norwalk, California. 1987.
11. Stanhope M., Lancaster J.: Community Health Nursing. Third Ed., Mosby year Book, 1992.
12. Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J.: The Health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nurs Res. 36 (2):76-80. 1987.
- Walker S.N., Wolkan K., Sechrist K.R., Et all.: Health promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle Aged Adults Correlates and batteins. Adv Nurs Sci. 11 (1): 76-89. 1988.

TOPLUM SAĞLIK GÖNÜLLÜLERİNİN EĞİTİM DÜZEYLERİNİN İZLENMESİ

Doç. Dr. Levent AKIN¹, Doç Dr. Hilal Özcebe¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖZET

Amaç: Eğitilen toplum sağlık gönüllüleri ile kırsal alanda ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine etkisini saptamak

Yöntem: Polatlı ilçesinde 17 köyde belirlenen 27 erkek 27 kadın toplum sağlık gönüllüsü güvenli annelik konusunda eğitilerek kendi buldukları köylerde gönüllü hizmet vermeleri konusunda bir program yapılmıştır. Uygulanan 5 adet bilgi değerlendirmesi testi sonuçları ile gebe izlemleri ve aile planlamasında modern yöntem kullanımları karşılaştırılmıştır.

Bulgular ve Sonuçlar: Eğitim öncesi kadın TSG'lerin doğru bilgi düzeyleri erkek TSG'lerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak 18 ay sonra kadın TSG'lerin ana sağlığı ve aile planlaması konularında doğru bilgi düzeylerinde bir düşme eğilimi saptanmıştır. Erkek TSG'lerde ise 4. Testten sonra doğru bilgi düzeylerinin artışında bir duraksama gözlenmiştir. Bunun nedeni olarak kullanmadıkları bilgileri koruyamadıkları düşünülmüştür. TSG'lerin mevcut bilgileri ile köylerdeki gebe izleme yüzdeleri %51.4'den %71.3'e yükselmiştir. Aile planlamasında modern yöntem kullanma ise 15-49 yaş evli kadınlarda %36.0'dan %53.1'e çıkmıştır. TSG'lere uygun eğitim, izleme, gerekli malzeme ve bölgede hizmet veren kamu ya da özel sağlık personeli ile işbirliği sağlanması ile diğer sağlık sorunları çözümünün de sağlanabileceği düşünülmüştür.

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of the trained community based distributors (CBDs) on maternal health and family planning services in rural areas.

Method: In Polatlı district, 27 male 27 female community based distributors (CBD) were determined and trained in safe motherhood issues. CBDs have voluntarily given services in their villages on the safe motherhood. Five tests were applied for determination the level of the knowledge of the CBDs and the results were compared to the percentage of the pregnant women monitored by the health personnel and the prevalence of the modern family planning methods.

Findings and Conclusion: In the beginning of the program the level of the correct knowledge of the female CBDs was higher than the level of the correct knowledge of the male CBDs. The eighteen months later, the level of the knowledge of the female CBDs was slightly declined but the level of the knowledge of the male CBDs was not so. It was thought that the CBDs have forgotten the knowledge which was not performed. The percentage of the pregnant women monitored by the health personnel was increased from 51.4% to 71.3% and the prevalence of the modern family planning methods among the married women aged 15-49 was changed from 36.0% to 53.1%. It was thought that the most of the health problems of the public can be solved by the CBDs who should be well educated, monitored and supervised, supported the appropriate material and equipment and collaborated with health professionals who give service in private or governmental sectors.

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından daha verimli kullanılmasını sağlamanın yollarından biri de toplum katılımının sağlanmasıdır (1). Toplum katılımı halkın sadece hizmetlerin kullanımının planlanması ve uygulanması sırasındaki düşüncelerine başvurmak değildir. Ayrıca hizmetin oluşması sırasında pay sahibi yapılması gerekmektedir. Bu nedenle başvurulan yöntemlerden biri de toplumda belirli özelliklere sahip bireylerin belirli eğitimlerden geçirilerek hizmet kullanımına katkı sağlayacak şekilde bilgi ve beceri düzeylerini artırarak toplumdaki bireylerin sağlık sorunları konusunda dikkatlerini çekmek, sağlanacak basit malzeme ile toplum eğitimine katkı sağlamak ve gerekirse bazı konularda toplumun gereksinim duyduğu tıbbi malzeme desteği sağlamaktır. Bu çalışmanın amacı toplum arasından seçilen bireyler ile ana sağlığı ve aile planlaması konularında halkın hizmet kullanımını artırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Nisan 1995 tarihine kadar toplam 17 köyde grup tartışmaları yapılarak 27 erkek ve 27 kadın gönüllü belirlenmiştir. Bu kişilere 5 gün güvenli annelik konusunda eğitim verilmiştir. Toplum Sağlık Gönüllüsü (TSG) adı verilen bu bireyler hiçbir ücret almadan köylerinde güvenli annelik kapsamında izlemler yapmış, gebeleri izlem için sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri ve hastaneye sevk etmiş, doğumlar için vakaları hastaneye sevk etmiş, kondom dağıtmış, ağızdan alınan gebeliği önleyici hapların bir aylık idame miktarlarını vermiştir. TSG'ler kendi köylerinde bizzat araştırmacılar tarafından izlenmiştir. İzlemi takiben 1-2 ay sonra Polatlı Merkez'de tüm TSG'lerin katıldığı toplantılar düzenlenmiştir. Böylece tüm TSG'ler 1-2 aylık periyotlarla ya köylerinde ziyaret edilmiş ya da Polatlı Merkez'de toplantılara katılarak bilgi düzeyleri taze tutulmaya, yeni bilgiler kazandırılmaya çalışılmıştır. Altı ayda bir kez bilgi düzeylerini ölçmek için test uygulanmıştır. Bu testlerde ana sağlığı, aile planlaması, çocuk sağlığı, sağlık hizmetlerinde TSG'lerin yerli konularında sorular yer almıştır. Testlerin değerlendirilmesi 3 ana bölümde yapılmıştır: Ana Sağlığı, Aile Planlaması ve ana sağlığı-aile planlamasının da dahil edildiği Toplam Güvenli Annelik Bilgi Puanı. Ana sağlığı puanı toplam puanın %40'ı, aile planlaması puanı toplam puanın %20'sini oluşturmaktadır. Ana sağlığı ve aile planlamasında verilen yanıtlar değerlendirilirken toplam alınması gereken tam puanın ne kadarını ulaşıldığı yüzde değerler olarak hesaplanmıştır. TSG'lerin temel eğitimi almadan önce yapılan test 1. Test, eğitim bittikten sonra yapılan test 2. Test olarak alınmıştır. Daha sonra Aralık 1995'de, Haziran 1996'da ve Aralık 1996'da birer kez daha test uygulanmış olup bu testler sırasıyla 3., 4. ve 5. Test kabul edilmiştir. İstatistik analizler SPSS for Windows 6.1 programında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Ana sağlığında sorulan soruların cinsiyete göre doğru bilinme yüzdeleri ile testin yapıldığı tarihteki TSG'ler tarafından yapılan gebe izleme oranları Tablo 1 ve Grafik-1'de sunulmuştur. Programın başlangıcında TSG'lere eğitim verilmeden önce erkek TSG'ler ana sağlığında sorulan soruların %42.36'sını, kadın TSG'ler ise %56.34'ünü doğru bildikleri. Kadının TSG'lerin erkek TSG'lere göre başlangıçtaki doğru bilgi düzeyleri önemli oranda farkı bulunmuştur. Ancak verilen eğitim sonucu erkek ve kadın TSG'ler arasındaki doğru bilgi düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz hale gelmiştir. Gerek erkek gerekse kadın TSG'lerin doğru bilgi düzeylerindeki birinci ve ikinci test sırasındaki artış önemli bulunmuştur. Aralık 1995'de yapı-

ları 3. Testte ve Haziran 1996'da yapılan 4. Testte ise kadın ve erkek TSG'ler arasında ana sağlığı konusundaki doğru bilgileri arasındaki fark önemli bulunmuştur. Aralık 1996'da yapılan 5. Testte ise kadınların doğru bilgi düzeylerinde bir azalış eğilimi gözlenirken erkek TSG'lerin doğru bilgi artışının devam ettiği gözlenmektedir, buna karşın kadın ve erkek TSG'ler arasındaki fark bulunmamıştır. Ancak erkek TSG'lerin 5. Test sırasındaki doğru bilgi düzeyleri 3. veya 4. Test sırasındaki kadın TSG'lerin doğru bilgi düzeyine ulaşamamıştır. Kadın TSG'lerin doğru bilgi düzeylerine ait trend $y = -1.465x3 + 9.5243 x^2 - 6.5907x + 54.512$ ($R^2 = 0.9847$), erkek TSG'lerin doğru bilgi düzeylerinin trendi ise $y = 0.05767x8 + 8.0007 x^2 + 38.613x + 10.548$ ($R^2 = 0.9662$) şeklinde bulunmuştur (2). Yani kadın TSG'lerin doğru bilgi düzeylerinde önce bir artış varken daha sonra bir düşüşe geçmektedir. Oysa erkek TSG'lerin ana sağlığı konusundaki doğru bilgi düzeylerinde sürekli bir artış söz konusudur. Kadın ve erkek TSG'lerin doğru bilgilerin değişimini gösteren trend denklemleri oldukça yüksek oranlarda temsil edilmektedir. TSG'ler tarafından izlenen gebe yüzdesi ise 2. Testten 3. Teste kadar geçen süre içinde çok az değişmiştir. Yani programın başlaması ile TSG'lerin belirli bir eğitim almasına rağmen ilk 6 ayda gebe izlem yüzdeleri pek fazla değişmemiştir. TSG'lerin eğitiminden bir yıl sonrasında ise izlenen gebe oranı %54.70'den %65.8'e 18 ay sonra ise %71.30'a yükselmiştir. Gebelik izlemelerini gösteren trend ise $y = -3.6607 x^2 + 27.983x + 29.9$ şeklinde formüle edilebilmekte ve bunun temsil özelliği ise $R^2 = 0.9323$ oranında oldukça yüksektir. TSG'lerin hizmet verdikleri topluma katkıları toplumun TSG'lere olan güvenlerinin artması ile birlikte arttığı düşünülebilir. TSG'lerin vakaları sevk ettiklerinde sevk konusunda isabetli karar vermeleri, gereksiz nedenle gebelerin TSG'ler tarafından sevk edilmesine rağmen sağlık personelinin olumlu yaklaşımı ve TSG'leri desteklemesi, TSG'ler vasıtası ile toplumun sağlık personeli arasındaki iletişimi artırmıştır. Köylere yapılan ebe ziyaretlerinde ise ebeler TSG'lerle ilişki kurarak köydeki gebe tesbitlerini daha kolay yapmış ve izlemelere daha fazla zaman ayıramışlardır. TSG'ler ebelerin köylerde bilinmeyen gebeleri ortaya çıkarmasında önemli katkıları olmuştur.

Kadın ve erkek TSG'lerin aile planlaması konusunda doğru bilgi düzeyleri ve modern yöntem kullanımındaki değişimler Tablo 2 ve Grafik 2 sunulmuştur. Erkek ve kadın TSG'lerin eğitime alınmadan önceki aile planlaması hakkındaki doğru bilgilerine bakıldığında zaman kadınlarla erkeklerin doğru bilgi düzeylerinin benzer oranda olduğu gözlenmektedir. Kadın TSG'ler aile planlaması hakkında sorulan soruları %56.4 erkek TSG'ler ise %56.2 oranında doğru yanıtlamışlardır. Yapılan tüm testlerde erkek ve kadın TSG'lerin doğru bilgi düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Ancak erkek TSG'lerin her test sonrası doğru bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak önemli oranda artış saptanırken, kadın TSG'lerde aynı durum gözlenmemiştir. Sürekli her test sonucunda istatistiksel olarak artış saptanan kadın TSG'lerde 4. test ile 5. test arasında istatistiksel olarak önemli oranda azalış gözlenmiştir. Erkek TSG'lerin doğru bilgi düzeylerini gösteren eğri (Grafik-2) $y = -0.9833x3 + 7.2821 x^2 - 4.4345x + 55.1$ ($R^2 = 0.9577$) şeklinde bir formül oluşturulmuştur. Yani önceleri hızlı bir artış sonraları azalan bir trend göstermektedir. Kadın TSG'lerde ise trend $y = -0.3417x3 - 0.2857 x^2 - 15.777x + 45.71$ ($R^2 = 0.8921$) şeklinde olup erkek TSG'lere benzerlik göstermektedir. Modern aile planlaması yöntem kullanımı ise eğitimin bittiği sırada %36.0 düzeyinde iken 3. Testin yapıldığı Aralık 1995'de %43.6'ya yükselmiştir. Ancak daha sonra artış hızlanmış Haziran 1996'da %52.8'e yükselmiştir. Aralık 1996'da ise çok az bir artış ile %53.1 düzeyinde kalmıştır. Modern aile planlaması yöntemi kullanma trendi $y = -1.825 x^2 + 18.825x + 5.125$ şeklinde bir denklem göstermektedir. Bu denklemde $R^2 = 0.9727$ bulunmuş olup trendi iyi bir düzeyde göstermektedir. Erkek TSG'lere kondom, kadın TSG'lere kondom ve idame amaçlı gebeliği önleyici hap verilmesi ilk zamanlardaki hızlı artışa neden olduğu daha sonraları toplumda kolay kabul edebilen grubun modern aile planlaması yöntemlerine ulaşması, çetin cevazlarla ihtiyacı olmayanların kalması nedeniyle artışta bir duraksama olduğu düşünülmüştür.

Gerek ana sağlığı gerekse aile planlaması doğru bilgi düzeylerindeki önce artış sonra meydana gelen azalış sürekli bilgilene-meye bağlı olarak bilgedeki artışa neden olmuş ancak kullanılmayan bilgilerin zaman içinde unutulması nedeniyle her iki konuda da doğru bilgi puanlarında azalışa yol açmıştır. Genellikle öğrenme modellerinde sıkça karşılaşılan bir durum olmakla beraber çok sık kullanılmayan bilgilerin gerektiği zamanlarda kullanılabilmesi için gereken deneyimi sağlayacak vakalarla karşılaşılmaması veya bunların birer senaryo halinde tartışılması gerekmektedir. Deneyim ile bilginin olgunlaşması epizotik ve anlamsal hafızalarında önemli bir yer oluşturmaktadır (3). Elde edilen deneyimlere bağlı olarak verilen anlam ve hatırlama süreci daha etkili hale gelebilmektedir.

Toplumla yönelik sağlık hizmetlerinden gebe izleme ve aile planlaması hizmetlerinde toplumu oluşturan bireyler TSG'lerin önce bazı özelliklerinde meydana gelen değişimleri gözleyerek, daha sonra kazandıkları bilgi ve becerileri sinayarak hizmetten yararlanmayı artırmakta, kendi sağlık sorunlarına getirdikleri çözümlerin doğruluğu ve çeşitliliği oranında hizmet kullanımını artırmaktadırlar (4). Daha sonra ise bu durumu genelleştirmekte ve kabul etmektedirler.

Sonuç ve Öneriler: Kadın ve erkek TSG'lerin ana sağlığı ve aile planlaması konularında önemli artışlar sağlanmıştır. Bu artışlar ve uygulanan program sırasında verilen kondom, gebeliği önleyici haplar ile eğitim materyeli toplumun gebelere verilen hizmetler ile aile planlaması yöntem kullanımını önemli ölçüde etkilemiştir. Ayrıca TSG'lerin on kişilik gruplar halinde aktif eğitim yöntemleri ile eğitilmeleri, izlenmeleri ve düzenli ortak toplantılar yapılması onların çalışma isteklerinde artışa neden olmuş, kendilerini yalnız hissetmelerini engellemiş, toplumlarındaki bireylere sağlık profesyonellerinin desteğini sağladıklarını düşündürerek önerilerine daha fazla dikkat edilebilmiştir. Ancak yapılması gereken bazı düzenlemeler vardır. Bunların başında sadece ana sağlığı ve aile planlaması ile sınırlı kalmayıp yaşadıkları toplumu ilgilendiren çevre sorunları, bazı bulaşıcı hastalıklar ve kronik seyirli hastalıklar (diabet, hipertansiyon, tüberküloz gibi) konularında da bilgi ve beceri kazandırılırken birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları tarafından bu konularda denetim ve sevk sisteminin kurulması gibi desteklerin sağlanması gerekmektedir. Yapılacak bilgi değerlendirilmeleri ile de eksik veya unutulmuş bilgilerin yerine konulması, tazeleme eğitimlerinin yapılması başarılı bir toplum sağlığı gönüllüsü programının ön şartı olarak ortaya çıkmaktadır.

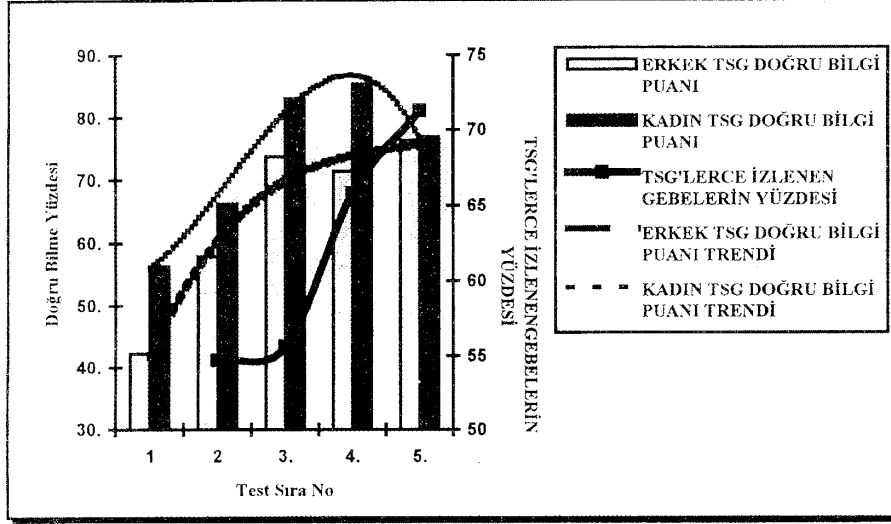
TABLO -1: ERKEK VE KADIN TSG'LERİN ANA SAĞLIĞI DOĞRU BİLGİ PUANLARININ DAĞILIMI ve TSG'LER TARAFINDAN YAPILAN GEBE İZLEME YÜZDELERİ (POLATLI - ANKARA 1995-1996)

Test No	ERKEK TSG'lerin Doğru Bilme Yüzdesi	KADIN TSG'lerin Doğru Bilme Yüzdesi	t testi	p	İZLENEN GEBE YÜZDESİ
1	42,36	56,34	17,83	0,0001	
2	57,89	66,27	0,23	0,62	54,70
3	73,69	83,06	9,87	0,0028	55,60
4	71,40	85,34	4,62	0,0369	65,80
5	76,30	76,90	2,35	0,13	71,30

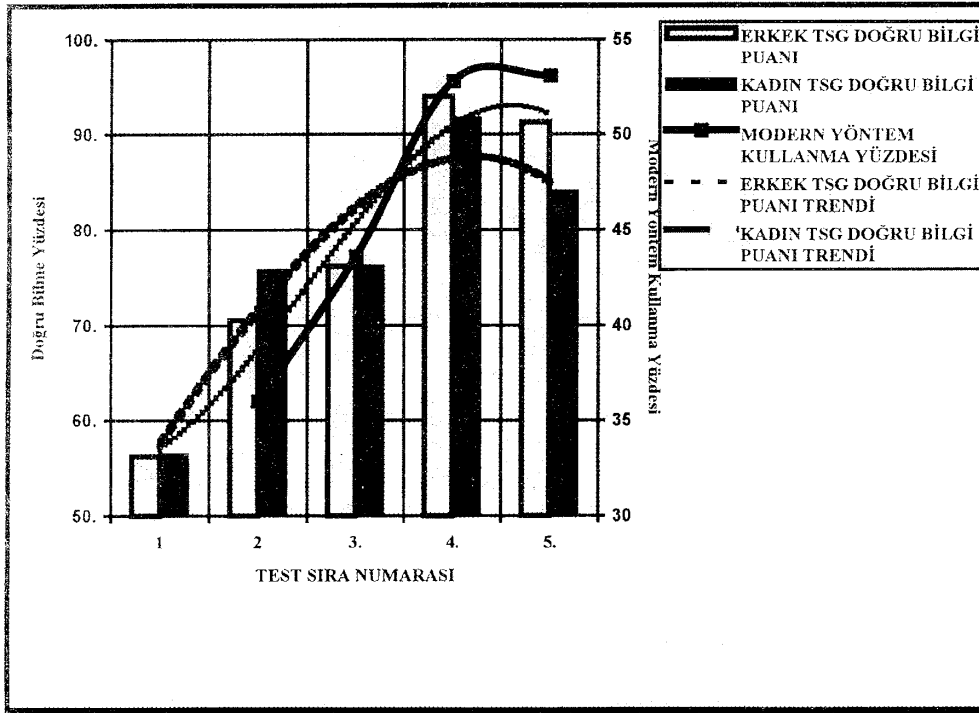
TABLO -2: ERKEK VE KADIN TSG'LERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA DOĞRU BİLGİ PUANLARININ DAĞILIMI ve MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA YÜZDELERİ (POLATLI - ANKARA 1995-1996)

Test No	ERKEK TSG'lerin Doğru Bilme Yüzdesi	KADIN TSG'lerin Doğru Bilme Yüzdesi	t testi	p	Modern Yöntem Kullanım Yüzdesi
1	56,20	56,40	0,00	0,97	
2	70,55	75,80	1,21	0,28	36,0
3	76,20	76,20	0,06	0,81	43,6
4	94,00	91,65	0,17	0,67	52,8
5	91,30	84,00	1,21	0,25	53,1

Grafik-1: ERKEK VE KADIN TSG'LERİN ANA SAĞLIĞI DOĞRU BİLGİ PUANLARININ DAĞILIMI ve TSG'LER TARAFINDAN YAPILAN GEBE İZLEME YÜZDELERİ (POLATLI - ANKARA 1995-1996)



Grafik-2: ERKEK VE KADIN TSG'LERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA DOĞRU BİLGİ PUANLARININ DAĞILIMI ve MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA YÜZDELERİ (POLATLI - ANKARA 1995-1996)



KAYNAKLAR

1. Eren N., Öztekin Z. Halk Sağlığının Gelişmesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Münevver Bertan, Çağatay Güler. Güneş Kitapevi Ltd. Şti.1995. Ankara.
2. Roth W.M., Mc Ginn M.K. Graphing: Cognitive ability or practice, Sci Ed 81:91-106, 1997.
3. Nuthall G., Alton-Lee A. Assessing classroom learning: How students use their knowledge and experience to answer classroom achievement test questions in science and social studies, American Educational Research Journal, Spring 1995, 32 (1):185-223.
4. Scheunpflug A. Globalizations as a challenge to human learning, Education Vol:54, Institute for Scientific Co-operation, 1996. Tübingen. Federal Republic of Germany.

**ANKARA'NIN KIRSAL ALANINDA (POLATLI)
TOPLUM SAĞLIK GÖNÜLLÜLERİ**

Doc. Dr. Hilal ÖZCEBE¹, Doç. Dr. Levent AKIN², Prof. Dr. Doğan BENLİ³, Dr. Sibel KALAÇA¹, Tülay BAĞCI, Ph.D.¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, emekli öğretim üyesi
³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Dünyada gelişme programlarında yer alan toplum katılımı yeni bir kavram olmayıp, temel sağlık hizmeti kavramının geliştirilmesiyle başlamıştır. Topluma dayalı hizmet sunan kişiler olan gönüllüler toplum katılımının bir parçası olarak görülmektedirler. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından desteklenen ve Sağlık Bakanlığı "Güvenli Annelik Programı" kapsamında olan bu çalışmada gebe izlemi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü, doğum hizmeti, lohusalık bakımı, yenidoğan izlemi ve aile planlaması hizmetlerini kapsamıştır. Projenin ilk bölümü 1994 yılı sonunda başlamış ve 1996 yılı sonunda tamamlanmıştır. Ankara'nın Kırsal Alanında (Polatlı) Toplum Sağlık Gönüllüleri Projesinin Amaçları: TSG yaklaşımını değerlendirmek ve kriterleri geliştirmek, aile planlaması yöntem kullananları arttırmak ve sevk zincirini kurmak ve mevcut rutin sağlık hizmetlerini toplum sağlık gönüllüleri ile desteklemektir. Polatlı'da 17 köy müdahale köyü, 19 köy ise kontrol köyü olarak belirlenmiştir. Projenin ilk aşamasında toplam 16 müdahale köyünden 27 kadın ve 27 erkek olmak üzere 54 toplum sağlık gönüllüsü seçilmiştir, güvenli annelik konularında eğitim verilmiştir. Gönüllüleri güvenli annelik kapsamındaki konularca halkı eğitmekte ve sağlık hizmetleri kullanımını arttırmaya çalışmaktadırlar. Birinci ve ikinci durum saptama araştırması verileri değerlendirildiğinde TSGlerin çalıştığı köylerde aile planlaması yöntem kullanımı değişmiştir, sağlık hizmetlerinin kullanımında az da olsa bir iyileşme saptanmıştır. Bu modelin başarıya ulaşabilmesi için zaman ve TSG-sağlık personelinin iletişiminin güçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun yapılabilmesi için ise, yerel sağlık yönetiminin ve yerel halkın bu müdahaleyi sahiplenmesi ve benimsemesi gerekmektedir.

SUMMARY

**THE COMMUNITY BASED WORKERS IN THE RURAL
AREA OF ANKARA**

The project of community based distribution as a part of the safe motherhood program of MOH, General Directorate of MCHFP was launched in a rural area of Ankara. The aims of the project are the improvement of the accessibility of maternal health and family planning services of the local population and to integrate CBD worker models into primary health care services. This project funded by UNFPA is conducted by Hacettepe Public Health Foundation.

This project was started at the end of 1994. 39 villages were selected in a rural area of Polatlı. Each village had a population of 200-400 and had no health facilities. A baseline study in the beginning of the project and a follow up study at the end of first part of the project were conducted. In the 17 implementation villages, community-based service distributors were determined by socioanthropological method, mainly group discussion. Male and female CBDs were trained in safe motherhood, communication skills and form recording. The results of the final study have been analysed, but some basic results are summarised in paper at the conference.

Dünyada insanların önemli bir kesiminin temel sağlık hizmetlerine düzenli ve güvenli olarak ulaşamadıklarına dair çok sayıda kanıt vardır. Bir çok gelişmekte olan ülkede, temel sağlık hizmetlerine az sayıda insan ulaşabilmekte ve ulaşabilen bu kişilere de mevcut olan sınırlı kaynaklarla hizmet verilmektedir. Temel sağlık hizmetleri ileri tıbbi teknoloji gerektirmemekte, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda kırsal kesimde yaşayan fakir ve riskli gruplara başarılı olduğu gösterilmiş yöntemlerle sağlık hizmetleri götürülmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde toplum katılımı anahtar olarak görülmektedir. Dünyada gelişme programlarında yer alan toplum katılımı yeni bir kavram olmayıp, temel sağlık hizmeti kavramının geliştirilmesiyle başlamıştır. Topluma dayalı hizmet sunan kişiler olan gönüllüler toplum katılımının bir parçası olarak görülmektedirler.

Türkiye "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" Kanununun yürürlüğe girdiği tarih olan 1961 yılından itibaren topluma dayalı sağlık hizmeti (gönüllüleri) ve toplum katılımı ile ilgili çeşitli deneyimlere sahiptir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen "Güvenli Annelik" programını kapsamında yürütülmüş olan bu program UNFPA, UNICEF ve DSÖ tarafından maddi ve teknik olarak desteklenmiştir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından desteklenen ve Sağlık Bakanlığı "Güvenli Annelik Programı" kapsamında olan bu çalışmada gebe izlemi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü, doğum hizmeti, lohusalık bakımı, yenidoğan izlemi ve aile planlaması hizmetlerini kapsamıştır. Projenin ilk bölümü 1994 yılı sonunda başlamış ve 1996 yılı sonunda tamamlanmıştır.

Ankara'nın Kırsal Alanında (Polatlı) Toplum Sağlık Gönüllüleri Projesinin Amaçları:

- Toplum sağlık gönüllüsü yaklaşımını değerlendirmek ve kriterleri geliştirmek
- Toplum sağlık gönüllüleri aracılığıyla modern aile planlaması yöntem kullananları arttırmak
- Aile planlamasında sevk zinciri sistemini kurmak
- Mevcut rutin sağlık hizmetlerini toplum sağlık gönüllüleri ile desteklemek

Proje Çalışmaları: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı ortak olarak Polatlı ilçesinin kırsal kesimini proje için uygun alan olduğuna karar vermişlerdir. Köylerin belirlenmesinde "nüfusun 200-400 arasında olması" ve "bu köyde sağlık personelinin olmaması" iki temel kriter olarak alınmıştır. Polatlı'da 17 köy müdahale köyü, 19 köy ise kontrol köyü olarak belirlenmiştir.

Bölgenin tanınmasında çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bunlardan birisi ilçenin resmi liderleriyle yapılan derinlemesine görüşmelerdir. Görüşme yapılan İlçe Yöneticileri arasında Kaymakam, Sağlık Grup Başkanı (ayrı zamanda Hastane Başhekim), İlçe Tarım Müdürü ve Sağlık Meslek Lisesi Müdürü yer almaktadır. Bu görüşmelerde bölge hakkında bilgi alınmış ve bu projeye destekleri sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık Grup Başkanlığı organizasyonu ile tüm sağlık ocağı hekimleri ve hemşirelerin katıldığı toplantılar dü-

zenlenmiştir. Ayrıca müdahale köylerinin muhtarları ile kaymakam başkanlığında bir toplantı yapılmıştır. Müdahale öncesinde birinci durum saptama araştırması (1995) ve sonrasında ikinci durum saptama araştırması (1997) yapılmıştır.

Toplum sağlık gönüllüleri belirlenmesinde köylerde izlenen ortak yöntem şu şekildedir. Her köyde önce anahtar kişilerle (muhtar, öğretmen, imam gibi...) derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Köyde erkekler ve kadınlar ayrı gruplar halinde toplanmışlardır. Grup görüşmelerinde kadınlarla ve erkeklerle güvenli annelik konusundaki bilgi ve uygulamaları tartışılmıştır ve aralarında toplum sağlık gönüllüsü olabilecek aday olup olmadığı gözlenmeye çalışılmıştır. Köy halkı tarafından TSG olarak belirlenen kişilerle derinlemesine görüşmeler yapılarak, gönüllülük boyutları tekrar anlatılmış ve bu gönüllülüğü yapmaları teklif edilmiştir. Projenin ilk aşamasında toplam 16 müdahale köyünden 27 kadın ve 27 erkek olmak üzere 54 toplum sağlık gönüllüsü seçilmiştir.

Toplum sağlık gönüllüsü belirlenme işleminin yapıldığı sırada toplum sağlık gönüllülerinin eğitim programında kullanılması planlanan eğitim materyeli hazırlanmıştır. Eğitimde erkek ve kadın üreme sistemleri anatomisi, fizyolojisi, gebelik oluşumu, gebelikte meydana gelen değişiklikler, gebelik izlemeleri ve sorunları, doğum ve sorunları, lohusalık ve sorunları, yenidoğan, aile planlaması ve danışmanlık yer almıştır. Erkek ve kadınların eğitimleri ayrı salonlarda yapılmıştır. Kadın TSGler güvenli annelik kapsamında, 15-49 yaş kadınların jinekolojik ve gebelik öykülerini kaydetmek, verilen kriterlere göre gebeleri, lohusaları ve yenidoğanları izlemek, gebe üreme organları sorunları ve aile planlaması gereksinimi olan kadınları sağlık ocağına veya hastaneye sevk etmek, kondom ve gebeliği önleyici hap dağıtmak, doğumları ve ölümleri kaydetmek, gebe kadınlara demir preparatı dağıtmak ve güvenli annelik hakkında grup veya bireysel eğitim yapmaktadırlar. Erkek TSG görev tanımları ise şu şekildedir: Erkekleri cinsellik, aile planlaması ve üreme sağlığı ve özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında eğitmek, kondom dağıtmak, ölümleri kaydetmek ve kadın toplum sağlık gönüllüsünün çalışmalarını desteklemektir. TSG'ler saha çalışmalarını gönüllü olarak yapmaktadırlar. Gönüllü aktiviteleri için proje bütçesinden maaş ödenmemektedir.

Eğitim yapıldıktan sonra gönüllülerin izlem aşaması başlatılmıştır. Bu izlemler sırasında köylerde ne çeşit faaliyetlerde bulunduğu, ne tür sorunlarla karşılaştığı ve bu sorunların nasıl çözümlenebileceği tartışılmıştır. Ayrıca Polatlı merkezinde her 3 ayda bir defa olmak üzere "ara değerlendirme toplantıları" ile gönüllüler biraraya getirilmektedir; bu toplantılarda eski bilgilerin yenilenmekte ve yeni bilgilerin aktarılmaktadır.

Bulgular: Bu bölümde 1. ve 2. Durum saptama araştırmalarına ait veriler sunulacaktır.

Tablo 1: Müdahale ve Kontrol Grubuna Ait Bazı Demografik ve Sosyal Göstergeler (Polatlı kırsal kesim, 1995)

Değişkenler	Müdahale		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları				
19 ve altı	167	22.2	210	20.6
20-24	135	18.0	202	19.9
25-29	120	16.0	164	16.1
30-34	106	14.1	132	13.0
35-39	67	8.9	107	10.5
40-44	93	12.4	108	10.6
45-49	63	8.4	94	9.3
Yaş ortalaması; Standart Sapma	28.6; 9.6		28.9; 9.8	
Eğitim düzeyi				
Okur yazar değil	107	13.1	139	13.6
Okur yazar	43	5.3	60	5.9
İlkokul mezunu	615	75.6	764	75.2
Ortaokul mezunu	24	2.9	29	2.9
Lise mezunu	21	2.6	19	1.9
Yüksek okul mezunu	1	0.1	-	-
Diğer (kurs gibi)	3	0.4	5	0.5
Sosyal Güvence				
Yok	732	90.0	937	92.2
Var				
SSK	36	4.4	29	2.9
Yeşil kart	21	2.6	14	1.4
Bağ-Kur	18	2.2	19	1.9
Emekli Sandığı	5	0.6	14	1.4
Özel sigorta	1	0.1	2	0.2
Yanısız	1	0.1	1	0.1
Medeni durum				
Bekar	268	32.9	286	28.1
Halen evli	528	64.9	699	68.8
Dul	12	1.5	16	1.6
Boşanmış	5	0.6	13	1.3
Nikahsız	1	0.1	2	0.2

Müdahale köylerinde 814, kontrol köylerinde 1016 (15-49) yaş kadın ile görüşülmüştür.

Müdahale ve kontrol grubu demografik özellikler açısından birbirine benzemektedir. Görüşme yapılan kadınları yaş ortalamaları her iki bölgede de 28 olup, standart sapmaları da 9 yıldır. Kadınların yaklaşık %13'ü okur yazar olmayıp, %5'i de okur yazardır. Her dört kadından üçü ilkököl mezunudur. Her on kadından yalnızca birinin sosyal güvencesi vardır. Görüşülen kadınların %65'i evlidir.

Tablo 2: Müdahale ve Kontrol Grubunun Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı (%) (Polatlı kırsal kesim, 1995-1997)

Aile Planlaması Yöntemi Kullanma	Müdahale		Kontrol	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra
RIA	65.0	69.4	62.2	67.4
Kondom	29.1	29.0	33.1	32.1
Gebeliği önleyici hap	6.2	15.3	4.4	7.6
Tüp ligasyonu	5.3	5.9	5.6	7.6
Vasektomi	1.5	0.8	0.9	1.3
Norplant	0.4	-	0.1	-
Fitil	-	0.4	-	0.3
Fitil	1.0	2.0	2.4	1.5
Takvim	0.4	0.4	0.3	0.3
Geri çekme	22.9	18.0	17.9	22.8
Toplam	546	527	730	740

Proje dönemince etkili aile planlaması yöntem kullanımında bir artış olduğu gözlenmektedir. Özellikle toplum sağlık gönüllüleri tarafından devamlı verilebilen kondom kullanımında müdahale köylerinde belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu da bazı yöntemler kullanımının yakınında ise, kullanılabileceğinin göstermektedir. Her ne kadar TSG ler doğrudan gebeliği önleyici hap vermeselerde, hekim kontrolü altında devamını sağlayabilmektedirler. Bu durumlarda özellikle müdahale köylerinde gebeliği önleyici hap kullanımında bir artış olmasına neden olmuş olabilir.

Tablo 3: Müdahale ve Kontrol Grubunda 1995 Yılında Son Beş Yıl ve 1997 Yılında Son İki Yıl İçindeki Gebelik Bakım Bilgilerinin Dağılımı (Polatlı kırsal kesim)

Özellikler	Müdahale		Kontrol	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Son gebeliği isteyerek olmuş	54.5	64.7	51.7	64.7
Son gebelikte muayene olmuş	55.3	61.7	54.2	61.3
Gebelik muayenesi yapan				
Hekim	47.8	37.9	38.3	37.9
Hemşire Ebe	33.1	43.7	37.8	27.3
Uzman Hekim	19.1	18.4	23.9	33.3
Gebelik muayenesinin yapıldığı yer				
Özel Hekim Muayenesi	32.5	42.2	40.4	43.2
Sağlık Ocağı	29.3	25.6	22.3	15.9
Devlet Hastanesi	16.6	17.8	19.7	24.2
AÇSAP Merkezi	13.4	6.7	10.6	12.1
Ev	5.7	5.6	4.2	0.8
Okul	2.5	2.2	2.6	3.8

Her iki gebeden birinin gebeliği isteyerek olmuştur, ikincisi ise istenmeden olmuştur. Kadınların yaklaşık yarısı gebelik döneminde bir sağlık personeline muayene olmuştur. Ancak müdahale köylerinde TSG yönlendirmelerine bağlı olarak, muayene olan sağlık personelinin niteliğinde farklı bir dağılım gözlenmektedir. Müdahale köylerinde hemşire ve ebeler tarafından muayene olma yüzdesi yükselirken, kontrol köylerinde hekimlere muayene olma yüzdesinde bir artış olmuştur.

Tablo 4: Müdahale ve Kontrol Grubunda 1995 Yılında Son Beş Yıl ve 1997 Yılında Son İki Yıl İçindeki Doğuma Ait Bilgilerin Dağılımı (Polatlı kırsal kesim)

Değişkenler	Müdahale		Kontrol	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Doğumun olduğu yer				
Hastanede	65.1	83.7	72.8	85.6
Evde, sağlık personeli olmadan	21.0	10.2	19.1	8.1
Evde, sağlık personeli ile	8.7	6.1	5.7	3.1
Sağlık evi/ sağlık ocağı	2.4	-	0.7	1.9
Yolda	1.2	-	1.7	1.3
Doğumu yaptıran kişi				
Ebe, hemşire	69.0	75.5	69.7	73.9
Komşu, arkadaş	14.7	8.2	7.7	6.4
Kendisi	7.5	2.0	7.7	2.5
Hekim	6.7	14.3	9.8	10.2
Lohusalık muayenesi				
Yapılmamış	90.2	82.7	86.9	79.6
Yapılmış	9.8	19.3	13.1	13.4

Müdahale köylerinde hastanede olan doğum yüzdesinde bir artış olduğu ve hastanede olan doğumların yanı sıra doğumu yaptıran kişinin niteliğinde de bir değişim gözlenmektedir. Ancak bu değişim toplumsal değişime de bağlı olabilir. TSG lerin daha çok kendinin müdahale edebilecekleri olaylarda daha başarılı olabildiklerini düşündürmektedir. Çünkü hastaneye sevk edilen kadına hastanede çalışan personel yardımcı olmaktadır ve TSG sorumluluğu bu aşamada bir miktar önemini kaybediyor olabilir. TSG sadece doğumu sevk etmekte, sevk sonrasında ise yapabileceği bir müdahale olmamaktadır.

Sonuç: TSG olan köylerde, TSG müdahale alanı içinde olan faaliyetlerde başarılı oldukları gözlenmektedir (örneğin gebeliği önleyici hap veya kondom kullanımı gibi). Ancak TSG lerin sadece sözel müdahale edebildiği olaylarda (örneğin gebe muayenesi yapılması, doğum yapılan yer, lohusalık muayenesi yapılması gibi) müdahale sorumluluğu daha çok sağlık personeline bağlı olmaktadır. Sağlık ocaklarında veya hastanelerde çalışan sağlık personelinin nicelik ve nitelik açısından yetersizliğinin yanı sıra, TSG-sağlık personeli arasındaki sevk zinciri de yeterince çalışmadığı dolaylı olarak görülmektedir. Toplumun katılımına bir örnek olan ve bir çok ülkede başarılı olan bu modelin başarıya ulaşabilmesi için zaman ve TSG-sağlık personelinin iletişiminin güçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun yapılabilmesi için ise, yerel sağlık yönetiminin ve yerel halkın bu müdahaleyi sahiplenmesi ve benimsemesi gerekmektedir. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinde kullanımı arttırarak toplumun sağlık hizmetlerine gereksinimlerini belirleyerek çözüm yolu aramayı öğrenebilir, sağlık yöneticileri ise topluma hizmet sunumunda bazı iouçlarına sahip olabilirler.

S2

**ANA
ÇOCUK
SAĞLIĞI
ve
AİLE
PLANLAMASI**

İSTANBUL'DA ANNELERİN EMZİRME BİLGİ ve DAVRANIŞLARI

Nurhan İNCE*, Yıldız TÜMERDEM**

*Uz. Dr. İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilimdalı.

**Prof. Dr. İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilimdalı.

ÖZET

Günümüzde bebeklerin ilk 4-6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmelerinin son derece önemli olduğunu anlaşılmıştır. Bu nedenle çalışma İstanbul'da annelerin emzirmeye ilişkin bilgi ve davranışlarını öğrenmeyi amaçlamaktadır.

Betimsel tanımlayıcı yöntemle dört aylık bir zaman dilimi içinde, üç doğumevi ile bir Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde (Üsküdar AÇS/AP) yürütülmüştür. Annelerin %83.5 (n:248)'i ilkökul, %16.5 (n:39)'i orta ve üstü öğrenimlidir. Emzirmelerinin bebeklerinin sağlığı açısından önemini sorguladığımızda; annelerin %78.4 (n:233) kemikleri geliştirdiğini ve daha yararlı olduğu. %10.8 (n:32)'i hastalıklardan koruduğu görüşünde idiler. Katılımcıların %82.9 (n:246)'u yeni doğan bebeğe anne sütünün tek başına yeteceğini biliyordu. Annelerin %74.1'i iyi beslenmekle, %7.4'ü sık ve uzun beslemekle, %1.3'ü psikolojik destekle. %0.3'ü ise sık banyo ile süt miktarının artabileceğini söylemiştir.

Bebeklerin anne sütü ile beslenmeleri yalnızca anne ve bebeğini değil, aileyi ve tüm toplumu ilgilendirmektedir. Bu nedenle emzirme bir danışmanlık hizmeti şeklinde sürekli olarak ama ağırlıklı olarak antenatalde, doğum ve doğum sonrasında verilmelidir.

SUMMARY

EVALUATION OF THE MOTHERS' INFORMATION AND BEHAVIOURS ABOUT BREASTFEEDING

Recently it has become clear that breastfeeding from birth for the first 4-6 months of live is very important for the development of children. Therefore this study was planned to evaluate the information and behaviours about breastfeeding of the mothers living in İstanbul.

Data were collected from three maternity clinics and AÇS/AP* centre in a period of four months and the research was carried out by a descriptive method.

83.5% of the mothers were graduates of elementary school and 16.5% of the mothers were graduates of high school or university.

Questioning the mothers about the importance of breastfeeding for the protection of the babies' health gave us the following information: 78.4% of the mothers stated that breastfeeding helped the development of bones, whereas 10.8% states that it was necessary for the protection of babies from different kinds of illnesses. 82.9% of the participants were aware that exclusive breastfeeding was sufficient for new borne babies. The mothers stated having a healthy diet (74.1%), breastfeeding often and for a longer period of time (7.4%), getting a psychological support (1.3%) and bathing often (0.3%) were factors for building up their milk supply. In conclusion we should emphasise that breastfeeding has a great role in improving the whole communities' health and therefore newly delivered mothers are in need of breastfeeding counselling during the early postpartum period. Preferably this support should be started during the antenatal controls.

*Mother and Child Health/Family Planning

Giriş: Anne sütü yaşamın ilk evrelerinde en ideal besin olarak kabul edilmektedir. Anne sütü ile beslenmenin bilinen tüm üstünlüklerinin yanısıra, henüz bilinmeyen özelliklerinin olduğu da düşünülmelidir (1). Bu yüzden günümüzde geçmişte olduğu gibi anne sütü ile beslenme bir insanlık hakkı olarak kabul görmüştür. WHO'nun Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Devrimi olan GOBI'nin B harfi Breastfeeding'i (emzirme) vurgulamaktadır (2). Bunun yanısıra koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan danışmanlık hizmetlerinden, "emzirme danışmanlığı"nda emziren annelerin sorunlarına onlarla birlikte çözüm bulmuş ve çağdaş hekimlik pratiği içindeki yerini almıştır (3).

Bebek beslenmesi koruyuculuk yönüyle bir toplum sağlığı konusudur ve halk sağlıklarını yakından ilgilendirmektedir. Bu yönü ile konu ele alınmış ve bebeklerin ilk 4-6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmelerinin son derece önemli olduğunu anlaşıldığı günümüzde İstanbul'da annelerin emzirmeye ilişkin bilgilerinin öğrenmeyi amaçlayan bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma betimsel tanımlayıcı yöntemle dört aylık bir zaman dilimi içinde, İstanbul kent merkezinde doğum hizmetlerinin yoğun olduğu üç doğumevi ile anne ve bebeklerine yoğun, düzenli ve nitelikli hizmet ilkesine göre örgütlenmiş bir Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde (Üsküdar AÇS/AP) yürütüldü. Veriler doğumevlerinden birinde yapılan odak grup/ön çalışma ile hazırlanan çok sorulu anket ile aynı çalışmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak toplandı. Doğumevlerinin herbirinden ve AÇS/AP merkezinden rastgele örnekleme ile seçilen 100'er anne ile çalışma tamamlandıktan sonra elde edilen 400 görüşmenin içinden miadında ve normal spontan doğum yapan anneler seçildi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzde oran kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda miadında normal spontan doğum yapmış olan 297 anne ile görüşülmüştür. Annelerin %8 (n:24)'i 18 yaş ve altında, %42.8 (n:127)'i 19-24, %29.9 (n:86)'u 25-29, %14.5 (n:43)'i 30-34, %5.7 (n:17)'si 35 yaşlarında idi.

%83.5 (n:248) anne ilkökul öğrenimli, %16.5 (n:39) anne orta ve üstü öğrenimli idi. Annelerin %81.1 (n:241)'i son gebelikleri ni isteyerek planlamış, %18.9 (n:56)'u planlı ve istenen bir gebelik olmamasına karşın gebeliğini sonlandıramadığı için doğurmak zorunda kalmıştı. Bebeklerin %51.5 (n:153)'i erkek, %48.5 (n:144)'i kız idi.

Annelerin %9.4'ü bebeklerinin doğar doğmaz kucaklarına alarak onlarla birebir ten iletişimi kurmuştu. Bebeklerin doğumdan sonra ilk kez emzirilme zamanları tablo 1'dedir.

Tablo I: İlk Emzirişme Zamanı

Emzirişme Zamanı	n	%
Doğar -doğmaz	11	3,7
İlk 2 saat	181	61,0
2 - 6 saat	73	24,5
6 -12 saat	22	7,4
12 saatten sonra	8	2,7
Emzirmedim	2	0,7
Toplam sayı ve % oran	297	100,0

Emzirmenin anne sağlığına olan yararlarını sorguladığımızda, annelerin yaklaşık yarısının (%56,6) bu konuda bilgileri yoktu. Bu konudaki diğer görüşler Tablo 2'dedir.

Tablo II: Emzirmenin Anneye Yararları

Yanıt	Yararlar	
	n	%
Bilmiyorum	165	55,6
Pratik, ucuz, anneye kilo verdirir.	82	27,6
Duygusal yoldan anneyi rahatlatır.	10	3,4
Kanserli önlere, memede kalırsa süt ateşi olur	36	12,1
Gebelikten korur	1	0,3
Bebegini besleyeceği için anne iyi beslenir	3	1,0
Toplam sayı ve yüzde oran	297	100,0

Emzirmelerinin bebeklerinin sağlığı açısından önemini de sorguladık. Annelerin %78,4 (n:233) emzirmenin bebeklerinin kemiklerini geliştirdiğini ve daha yararlı olduğunu, %10,8 (n:32)'i bebeklerini hastalıklardan koruduğu görüşünde idiler.32 annenin (%10,8) bu konuda bilgisi yoktu.

Annelerin %60,9 (n:181)'u bebeklerin erken ağızadıkları zaman beslenmelerinin doğru olduğuna inanıyordu. %34 (n:101) oranda anne ise saatli beslemenin gerektiği görüşünde idi. %5,1 (n:15) oranda anne bu sorumuzu yanıtlıyamadı.

Katılımcıların %82,9 (n:246)'u yeni doğan bebeğe anne sütünün tek başına yetebileceğini düşünüyordu. %1 (n:3)'ü anne sütünü tek başına asla yetmeyeceğini düşünürken, %16,1 (n:48) anne bu konuda bilgiden yoksundu.

Tablo 3'de katılımcıların, anne sütünün bebeklere tek başına ne sürede yetebileceği ile ilgili görüşlerini açıklamaktadır.

Tablo III: Tek Başına Anne Sütünü Yetme Süresi

Süre	n	%
1 ay	3	2,0
2 ay	9	3,7
3 ay	23	9,3
4 ay	24	18,3
6 ay	100	40,7
1 yıl	14	5,6
1,5 yıl	1	0,4
Toplam sayı ve yüzde oran	246	100,0

Annelerin kendi bebeklerini emzirmek istedikleri sürelerde sorgulandı. %1 (n:3)'ünün 1-2 ay, %4,7 (n:14)'ünün 3 ay, %40,5 (n:120)'ünün 12 aya kadar, %12,7 (n:38)'ininin 24 aya kadar, %3,7 (n:11)'ininin 24 ayından uzun sürede %14,1'inin ise bebekleri emdiği sürece emzirmeyi düşünüyordu. %7,4 (n:22) anne ise bu konuda kararsızdı. %17,2 annenin süt miktarlarının nasıl artabileceğini bilmedikleri öğrenildi. Bu konuyu bilen annelerin süt miktarlarını artırmak için uyguladıkları yöntemler tablanmıştır (Tablo 4).

Tablo IV: Sütü Artırma Yöntemleri.

YÖNTEMLER	n	%
İyi beslenmek	220	74,1
Bebegin sık ve uzun süreli emmesi	21	7,4
Stressiz yaşamak, Psikolojik destek	4	1,3
Sık banyo yapmak	1	0,3
Bilmiyor	51	17,2
Toplam sayı ve % oran	297	100,0

Tartışma: Bebeklerin yaşama şanslarını artırmanın en güvenilir yolu anne sütü ile beslemektir. Dünyada anne sütü ile beslenenlerde ölüm oranı, her ay için %0,05 oranında azalmaktadır (4). Çok çeşitli mamaların kullanım alanı bulunması (piyasa ekonomisi nedeniyle), kent yaşamı, doğumda anne ile bebeğin birbirinden uzak kalmaları, bebeğin anneden ayrılması stress vbg, bizim gibi değişim ve gelişim sürecini tamamlamamış toplumlarda anne sütü verememe ve memeden erken kesme dramatik bir artışa yol açmaktadır. Dünyada anne sütünün kesilmesi ve ek besinlerin başlanmasına, annelerin gösterdiği en önemli neden, anne sütünün yetersiz olması ya da sütün kalitesinin iyi olmamasıdır. Tüm toplumlarda annelerin bebeklerinin ihtiyacı olan sütü karşılama konusundaki güvenleri kolaylıkla zayıflatılmaktadır (5). Ülkemizde de 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, doğumdan sonra ilk üç ay emziren anne oranı %93,6'dır. Ancak ilk yılın sonunda bu oran %56'ya düşmektedir. Dört aylıktan küçük bebeklerin sadece %14'ü tek başına anne sütü almaktadır (6). Ülkemizde özellikle kırsal yörelerde hala karşılaşılan yaygın bir gelenek, ilk 4-5 haftadan sonra ek besinlere başlanmasıdır (7).

Ülkemiz için yukarıda sözü geçen tüm nedenlerin yanı sıra ek besin geçmekteki gereksiz acelecilik, şişman görünümü çocuk isteme ve emzirme ile ilgili danışmanlık hizmetlerinin yetersizliği ile yanlış uygulamaların da bebeklerin yeterince anne sütü almalarını engellediklerini düşünmekteyiz.

Gebeliğin istenerek gerçekleşmesi iyi bir anne-bebek ilişkisinde ilk kuraldır. Bizim çalışma grubumuzdaki annelerin %18,9 (n:56)'unun istemeyerek yaşadıkları bir gebelikten sonra bebekleriyle buluşmaları, aile planlaması hizmetlerinde alınması gereken daha çok yolumuz olduğunu göstermektedir. Anne-bebek ilişkisi ne kadar erken gerçekleşirse o denli başarılı ve yararlı olmaktadır (8).

Çalışmamızda annelerin %9.4'ü bebekleriyle ilk ten ilişkisine girmişlerdi, %3.7 anne doğar doğmaz bebeklerini emzirebilmişti. %61 oranda anne ise ilk iki saatte bebeklerini emzirmişlerdi. Annelerin %24.5'i 2-6 saatte, %7.4'ü 6-12 saatte, %2.7'si 12 saatten sonra bebeklerini emzirmişti. %0.7 anne ise bebeklerini henüz hiç emzirmemişti.

Firat ve arkadaşlarının Aksaray ili merkezinde yaptıkları çalışmaya göre kadın sağlık personelinin %30.8, kadın öğretmenlerin %33.3 bebeklerini ilk yarım saat içinde emzirmişlerdi (9). Lüeci ve arkadaşlarının İzmir Bornova sağlık ocağına kayıtlı 234 çocuk ile yapmış oldukları çalışmaya göre 0-3 aylık bebeklerin %89.6'sının, 4-6 aylık bebeklerin %79.3'ünün, 12-12 aylık bebeklerin %33.5'inin ve 13-24 aylık bebeklerin %23.1'inin halen anne sütü alıyordu (10).

Bağcı ve arkadaşlarının Etilik Doğumevinde 160 bebekte yaptıkları çalışmada bebeklerin ilk bir saatte emzirme hızları %66 bulunmuştur (11). Özcebe ve arkadaşları doğumdan sonra ilk iki saatte anne sütü alma oranının %79 olarak bulunmuşlardır (12). Neyzi ve arkadaşları İstanbul 1987 yılı çalışmasında doğum yapan annelerin bebeklerini hastanede doğumdan 23 saat, ev doğumlarında ise doğumdan 6 saat sonra beslediklerini gösterdiler (13). Tümerdem ve arkadaşlarının İstanbul'da gecekondü bölgelerinde yaptıkları bir çalışmada doğumdan 6 saat sonra anne sütü verilme oranının, hastane doğumlarında %23, ev doğumlarında %17 olarak bulunmuşlardır (14). Yine Tümerdem ve arkadaşlarının 1994 yılında 299 anne ile İstanbul'da yaptıkları çalışmaya göre bebeklere ilk dört ay içinde %90.7 oranında ek besin başlanmıştı. (15). Hacıoğlu ve arkadaşlarının Küçükçekmece Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı bölgelerde 566 anne ile yaptıkları çalışmaya göre hastane doğumlarında annelerin %51.9'unun doğar doğmaz, %48.1'inin ise ilk iki saatte emzirmeye başladıkları bildirilmiştir (16). Öztürk ve arkadaşlarının Isparta'da 200 çocuk ile yaptıkları çalışmada yalnızca anne sütü alma oranlarını 0-3, 4-6, 7-11 aylıklarda sırası ile %70, %14.7 ve %7.5 olarak bulunmuştur (17). Oğuzöncügil ve Bostan 1993 yılında 336 anne ile yaptıkları çalışmada ilk bir saat içinde emzirme oranını %8, ilk iki saatte %79.5 olarak bulunmuşlardır (18).

Emzirmenin anne sağlığına olan katkıları konusunda annelerin yaklaşık yarısının bilgisiz olduğu gözlenmiştir (%55.6). Annelerin %27.6'sı ucuz ve pratik oluşunu ileri sürerken, %12.1 oranda anne meme kanserini önlediğini, %3.4 oranda anne de emzirmenin duygusal yönden rahatlatıcı olduğuna inanıyordu. Ancak annelerin yalnızca %0.3'ü emzirmenin gebelikten koruduğuna değinmiştir. Oysa emzirme tek başına yeryüzündeki tüm kontraseptif yöntemlerin önlediğinden daha çok istenmeyen gebeliği önlemektedir (19). Annelerin %78.4'ü bebeklerine anne sütünün daha yararlı olduğunu ve kemiklerini iyi geliştirdiğini, %10.8'i hastalıklardan koruduğunu ifade etmiştir. Öktem ve arkadaşları 1997 yılında Isparta'da 261 anne ile yaptıkları çalışmada, annelerin %53'ünün ilk iki saatte bebeklerini emzirdiğini gözlemişler, %83 yüzde oranda anne ise sütlerinin bebeklerini daha iyi geliştirip hastalıklardan koruyacağını ifade etmiştir (20). Tanzer ve arkadaşlarının Sivas'ta yapmış oldukları çalışmaya göre anne sütüyle beslenen kız ve erkek bebeklerde biberonla beslenenlere göre ağırlık ve deri kıvrım kalınlığında artış daha fazladır. Anne sütüyle beslenen kızlarda ise biberonla beslenenlere göre anlamlı boy artışı görülmüştür (7).

Katılımcıların bebeklerini emzirme zamanlamaları da sorgulanmıştır. %60.9 anne acıktıkça, %34'ü saatli olarak bebeklerini besliyorlardı. Günümüzde bebeklerin emzirecekleri zamanı kendilerinin belirlemelerinin daha doğru olduğu anlaşıldığından, emzirme danışmanlığı içinde bebeklerin her istediklerinde emzirmelerinin gerekliliği de vurgulanmalıdır (21). Annelerimizin %40.5'inin bebeklerini bir yaşına kadar emzirmek istemeleri olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin süt miktarını nasıl arttırabilecekleri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu da öğrenilmiştir. Annelerin %74.1'i iyi beslenmekle, %7.4'ü sık ve uzun beslemekle, %1.3'ü psikolojik destekle, %0.3'ü ise banyo ile süt miktarının artabileceğini söylemiştir. Oysa süt üretimini ve salınımını kontrol eden hormonlardan prolaktin uykuda salgılandığından başarılı bir laktasyon için annenin iyi uyku uyuması gerekmektedir. Oksitosin hormonu ise stress ile hemen inhibe olmaktadır. Bu yüzden anne-ye iyi bir moral destek sağlanmalıdır (21).

Emzirme ya da bebeklerin anne sütü ile beslenmeleri yalnızca anne ve bebeğini değil, aileyi ve tüm toplumu ilgilendirmektedir. Günümüzde, ülkemiz için başlıca sorun, tek başına anne sütü ile besleme oranının azlığı, ek besinlere erken başlanması sonucunda emzirme süresinin kısalmasıdır. Bu yüzden sağlık personeli ve anne adayları eğitilirken tek başına anne sütü ile besleme kavramı işlenilmelidir. Emzirme teknik ve becerileri bir danışmanlık hizmeti şeklinde sürekli olarak ama ağırlıklı olarak antenatalde, doğum ve doğum sonrasında verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Koçoğlu G., Aslan M.: Anne Sütü. Sendrom Mayıs, 1997; 14-18.
2. The State of The World's Children, UNICEF, Oxford University Press, 1996.
3. İnce N.: Başarılı emzirmede önemli bir etken: Emzirme Danışmanlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.1995; 4 (9): 299-300.
4. Şafak N.: Anne Sütünün İmmünolojik ve Antibakteriyel Özellikleri, Sendrom, aralık1995; 7 (12): 37-42.
5. Acarvaizoğlu S.: Sütüm Yetersiz, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Ekim 1996, sayı 3-4.
6. Sağlık Bakanlığı (Türkiye). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Makro International Inc. 1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye; 113-18.
7. Tanzer F., Kırkgöz K.: 200 Yenidoğan Bebekte Birbuçuk Aylık Sürede Beslenme Tipine Göre Büyümenin İncelenmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 1988; 31: 39-49.
8. Anisfeld E., Lipper E.: Early Contact, Social Support and Mother-Infant Bonding. Pediatrics. 1983.72 (1): 79-83.
9. Firat S., Aykut M., Öztürk Y.: Sağlık Personeli ve Öğretmen Kadınların Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997; 5.
10. Lüeci N.E., Egemen A., Mandıracıoğlu A.: Türkiye'nin Batısında Bir Yerleşim Yeriinde 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütü ile Beslenme Durumu. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997; 33.
11. Bağcı T., Arslan D., Yardım M.: Etilik Doğumevi Hastanesinde Bebeklerin Anne Sütü ile Beslenme Durumu. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997; 60.
12. Özcebe H., Bertan M., Doğan G. B.: Anne Sütü ile Beslenme Ankara'da Bebek Dostu Hastaneleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1991; 34:305-316.
13. Neyzi O.: İstanbul'da Annelerin Anne Sütü ile Besleme Konusundaki Davranışı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.1991; 34:317-320.
14. Tümerdem Y., Ayhan B., Alnigeniş E., Saygılı H.: Metropoliten Bir Kentte Gecekondü Bölgelerinde Anne Sütü Beslenmesi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 1992.
15. Tümerdem Y., İnce N., Çölgeçen E., Ayhan B.: İstanbul Kentinde Anne Sütü Beslenme Araştırması. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül1997, 71.
16. Hacıoğlu S., Temiz S., Erdal S., Kıyak M.: Küçükçekmece Bölgesinde 0 Yaş Grubu Bebeklerde Emzirme Durumu. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997, 96.
17. Anisfeld E., Lipper E.: Early Contact, Social Support and Mother-Infant Bonding. Pediatrics.72 (1):79-83, 1983.
18. Öztürk M., Öktem F., Dinçtürk M.: Isparta Yedişehirler Sağlık Ocağı Bölgesindeki 0-24 Aylık Bebek ve Çocuklarda Anne Sütü Alma Durumu. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997, 134.

18. Oğuzöncül F., Bostancı M.: Elazığ İl Merkezinde Bulunan Hastanelerde Doğum Yapan Annelere Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Hastane Sağlık Personelinin Yaklaşımı. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.
19. Hatcher R.A., Kowal D., Guest F.J., Trussel J., Steward F. H., Steward G., Bowen C.S., Cates W.: Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım. 1990: 195-211.
20. Öktem F., Öztürk M., Beydilli E.D.: Isparta Bölgesinde Yenidoğan Bebek Annelerinin Anne Sütü Hakkındaki Bilgileri ve Uygulamaları. V. Halk Sağlığı Günleri (beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997, 129.
21. WHO/UNICEF Breastfeeding Counseling: A Training Course. 1993.

**EDİRNE KIZAMIK SALGINININ
ORTAYA ÇIKMA NEDENLERİ ve YÖNETİMİ-1997**

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK¹, Dr. Ergun DOĞANER², Dr. Leman ÜNAL²
Dr. Şahin ÜNAL², Prof. Dr. Ahmet SALTİK¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı ABD., Edirne.
²İl Sağlık Müdürlüğü, Edirne.

ÖZET

Kızamık hastalığı 5 yaş altı çocuk ölümlerinde önemli bir paya sahiptir. Günlük pratikte birçok uygulama kızamık ile ilişkilidir. Bu çalışmada Edirne'de Mayıs 1997'de görülen kızamık salgınının oluşum, denetim ve yönetim sürecini tartışmak amaçlanmıştır. Veriler. **Salgın Yönetim Ekibinin** gözlemleri, geriye yönelik değerlendirmeleri ve literatürden derleme yoluyla elde edilmiştir. Salgının oluşumunda teknik ve yönetsel nedenlerin pay sahibi olduğu saptanmıştır. **Sonuç** olarak tekrar salgın olmaması için bağışıklama hizmetlerinin yönetiminde teknik nedenlerin kısmen, yönetsel nedenlerin tümüyle elimine edilebileceği yargısına varılmıştır

Anahtar Sözcükler: Kızamık salgını, salgın denetimi, yönetim süreci, bağışıklama hizmetlerinin bileşenleri.

SUMMARY

Measles has an important proportion of under 5 mortality. There have been many implications related to measles in daily medical practice. This study aimed to discuss occurrence, control and management of measles outbreak which appeared in Edina in May, 1997. The data were obtained through observation and retrospective evaluation of managerial process by the Team of Outbreak Management and review of relevant literature. It's been determined that technical and managerial causes have an important role with the outbreak. And we concluded that a part of technical causes but also most of managerial causes could be eliminated.

Key Words: Measles outbreak, outbreak control, management of epidemics, immunization services

Giriş ve Amaç: Kızamık hastalığı, 5 yaş altı çocuk ölümlerinde beş major öldürücüden biridir. Solunum yolundaki etkilerinden dolayı Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Kontrol Programı, ishal komplikasyonu nedeniyle İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, Kızamık aşısı nedeniyle Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), malnutrisyonla etkileşiminden dolayı beslenme yetersizliğinin denetimi ve giderilmesi süreciyle yakından ilişkilidir.

Bağışıklama hizmetleri ülkemizde Sağlık Ocaklarının işlevleri arasında kapsadığı alanın genişliğine karşın, hala istenen düzeyde değildir. Bu olgu hizmet sunum sürecinin değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Kızamık hastalığının hala salgınlar yapmasının nedenlerini yalnızca aşının son yıllarda üzerinde fikirbirliğine varılan tek doz olarak uygulamada etkinliği ya da soğuk zincir ile ilişkilendirmek kolaycı bir yaklaşım olacaktır. Zira duyarlıların oluşturdukları havuzun büyüklüğü, bu havuzun oluşmasında yönetim kusurları da önemli bir rol oynamaktadır. Yönetim sürecinde yalnızca kurmay birimlere sorumluluğun yüklenmesi yönetimin doğasına aykırıdır.

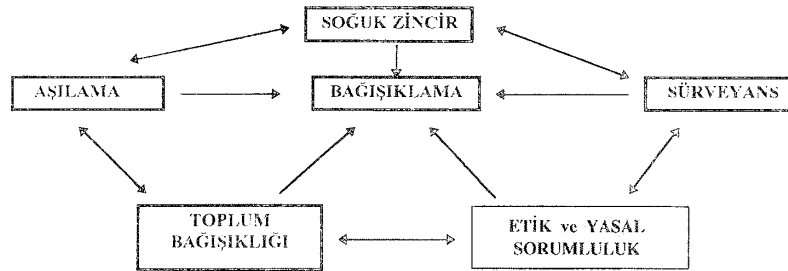
Çalışmanın amacı; Edirne'de 1997 Mayısında görülen Kızamık salgınının ortaya çıkış nedenlerini tartışmaya açmak ve öneriler sunmak, bu yolla önümüzdeki süreçte kızamık salgınlarını önleme konusunda deneyim aktarmaktır.

Yöntem ve gereçler: Valiliğin isteğiyle Trakya Üniversitesi Rektörlüğü'nce Teknik Danışman olarak yönetim sürecine katılan ilk yazarın ve İl Sağlık Müdürlüğü yöneticilerinin gözlem ve geriye yönelik yönetim süreci değerlendirmeleri, bu değerlendirmelerin sunulduğu her birimden bir hekimin katıldığı süreç değerlendirme toplantısının verileri, konuyla ilgili yayınların derlenmesi bu çalışmada sunulan bulgu ve bilgilerin veri kaynağıdır. Veriler salgın sırasında toplanmış olup, yönetim sürecinde uygun yer ve zamanlarda kullanılmıştır. İstatistiksel analiz için tek değişkenli χ^2 ve Poisson dağılımından yararlanılmıştır.¹

Genel Bilgiler: Bağışıklama hizmetleri yalnızca aşı yapma değil, birçok bileşeni olan karmaşık bir uygulamadır. Pratik yarar açısından bağışıklama hizmetlerinde bileşenleri iki ana gruba ayırmakta yarar vardır:

a. Uygulama yönünden temel bileşenler²

ŞEKİL 1: Bağışıklama Hizmetlerinde Uygulama Yönünden Temel Bileşenler.



Aşılama: Kızamığa karşı aşılama, ülkemizde rutin olarak 9 ayını tamamlamış bebeklere uygulanmaktadır.3 Bazı illerde ilköğül 1. sınıfta 2. doz yapılmaktadır. Uygulanma sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, Kızamık aşısının kabakulak ve kızamıkçık aşılarıyla kombine uygulamasını yeğleyen hekimler vardır ve bu karma aşı genellikle 1. yaş gününden sonra yapılmaktadır.

Soğuk zincir: Kızamık aşısı ısı ve ışığa son derecede duyarlıdır. Birinci Basamak sağlık kuruluşlarında buzdolabının üst rafında +2-8°C'de saklanmalıdır. Sulfanörindikten 4 saat sonra, artan kısım atılmalıdır. 22-25°C'de bir saatte etkinliğinin %50'sini, 3 saate %70'ini yitirir. 3, 4

Sürveyans: Kızamıkla ilgili verilerin tam, doğru, zamanında, toplanması, değerlendirilmesi ve kullanılması GBP'nin rutin etkinliklerinden biridir. Bu amaçla geliştirilmiş GBP Sürveyans Formu uygulamadadır. Bir bölgede 3 ya da daha fazla kızamık olgusu görüldüğünde telefonla İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilmesi istenmektedir. 5

Toplum bağışıklığı: Kızamık hastalığına karşı toplum bağışıklığı oluşabilmesi için aşılama oranlarının il genelinde -homojen olmak koşuluyla- %94 ya da üzerinde olması gereklidir.6

Etik ve Yasal Sorumluluk: Kızamık aşısının kanıtlanmış yararlılığı, ucuzluğu, uygulama kolaylığı ve hastalığa karşılaştırıldığında gözardı edilebilecek düzeydeki yan etkileri, sağlık personelinin, aşı uygulaması için etik yükümlülük altına sokmaktadır. Çevre kirlenmesi, malnütriyon, sağlıksız konularda yaşama, bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin -özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin- savsaklanması; insanların temel haklarından olan SAĞLIK HAKKI'nın çiğnenmesi olarak nitelenmektedir. 7

Sağlık Bakanlığının görevlerinden bazıları bu sorumluluğa açıklık getirmektedir. Şöyle ki:

- Herkesin yaşamını bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu içinde sürdürmesini sağlamak için birey ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü önlemi almak, gerekli örgütü kurmak ve kurdurmak.
- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse içilimini (ithalini) sağlamak.8

Umumi Hıfzıssıhha Yasası'na göre Kızamık, bildirim zorunu bir hastalıktır. Birinci Basamak sağlık kurumları, aşıya önlenebilir hastalıklara yönelik aşılama çalışması yapmak ve izlemekte görevlidir.*

b. Yapısal temel bileşenler*

Politik İstek ve Kararlılık: Hizmetin üretim ve sunum modeli, finansman biçimi, toplum katılımının sağlanması sürecinde temel belirleyicidir.

Finansman: Bağışıklama hizmetlerinin üretimi, sunumu, hizmete erişimin ve sürekliliğin sağlanması, hizmeti üretenlerin güdülenmesi süreçlerinde önemli bir belirleyiciliğe sahiptir.

Toplum Katılımı: Hizmete toplumun erişimi ve toplumca kabul edilebilirliğinin sağlanması, hizmete istemin sürekliliğinin politik istek ve kararlılıkta etkili olabilmesinin temel belirleyicisidir.

İşbirliği: Yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık örgütlenmesinde Basamaklararası (1., 2., 3. Basamaklar) ve sağlık sektörü dışındaki sektörlerle işbirliği; tıbbın sosyal yönü, evrenselliğinin bir dayatması olarak algılanmak ve sağlanmak zorundadır.

Sağlık Personeli: Başta 1. Basamak sağlık personeli olmak üzere tüm sağlık personeli, hizmet planlayıcı ve uygulayıcıları olarak bağışıklama hizmetlerinin istem ve sunumunun boyutunu belirlemede temel bileşenlerdendir.

Lojistik: Lojistik sorunu yaşanmaması için: ülkenin-ilin 1 yılı için aşı, enjektör... gereksiniminin ne olduğunun zamanında saptanıp bütçe kaynağının özgülmesi ve Sağlık Bakanlığından istenmesi beklenir. Bu süreç sahadan, doğru verilerin tam ve zamanında Sağlık Bakanlığına iletilmesi ve değerlendirilmesiyle yakından ilişkilidir.

Sağlık Örgütlenmesi: Hizmet sunum birimlerinin belirleyicisi olarak sağlık örgütlenmesi, birçok bileşenin bir fonksiyonu olarak bağışıklama sürecinde katalizör rolü oynar.

Bulgular:

SALGININ ORTAYA ÇIKMASININ NEDENLERİ

I. TEKNİK NEDENLER

- a. Kızamık aşısı uygulananların bir bölümü gene de duyarlı kalmaktadır.
- b. Aşı ısı ve ışığa ileri derecede duyarlıdır, hızla etkinliğini yitirir.
- c. Toplumun bağışık kılabilmek için her bölgede sürekli çok yüksek bir aşılama oranına ulaşılmaktadır.
- d. Kızamık hastalığına duyarlı havuzu 2-3 yılda dolmakta ve *periyodik salgınlar* görülmektedir.
- e. Sağlık personelinin eğitimi, GBP'yi (Genişletilmiş Bağışıklama Programı) uygulamak için yetersizdir

II. YÖNETSEL NEDENLER

- a. İl düzeyinde GBP ekibi oluşumunda sorunlar vardır.
- b. Lojistik destekle ilgili sorunlar vardır.
- c. Bağışıklama hizmetlerinin yönetimi sürecinde sorunlar vardır.
- d. Bağışıklama hizmetlerinin denetimi sürecinde sorunlar vardır.
- e. Diğer hizmetlerin yönetimi sürecinde sorunlar vardır.
- f. Diğer hizmetlerin denetimi sürecinde sorunlar vardır.

1. TEKNİK NEDENLER

a. Kızamık aşısının etkinliği: Kızamık aşısı 6 aylıklara uygulandığında %45-50, 9 aylıklara uygulandığında %85, 15 aylıklara uygulandığında %95 koruyucudur. Aşı canlı olduğundan, doğal hastalığa benzer bir bağışıklık oluşturur. Koruyuculuk aşılama 12 gün sonra başlar, 1 ayda tepe yapar ve yaşam boyu sürmesi beklenir. Düşük bir oranda birincil yanıt yetmezliği veya zamanla bağışıklığın azalması olabilir.10-12

b. Soğuk zincir: Edirne'de aşılardan soğuk zincire uygun saklanması, taşınması ve kullanımının ne ölçüde gerçekleştiği konusunda nesnel veriler yoktur.

c. Epidemiyoloji ve Sürveys: Kızamık hastalığı 2-3 yılda bir duyarlı havuzunun dolması sonucu salgınlar yapar. Aşılama oranı arttıkça bu süre uzayabilmektedir. 13 Edirne'de son salgın 1993'te görüldüğünden 1996-97 yıllarında salgın beklenmesi gerektir. Bu nedenle sürveys (verilerin tam, doğru, zamanında, toplanması, değerlendirilmesi, kullanılması) ciddi bir şekilde yürütülmeliydi.

d. Toplum bağışıklığı: Kızamık hastalığına karşı toplum bağışıklığı oluşabilmesi için gerekli aşılama oranlarına ulaşılamamıştır.

14

e. Duyarlı Havuzunun Oluşması:

e.1. Aşılama oranları: 1993'ten sonraki aşılama oranları toplum bağışıklığı sağlayacak düzeyden uzaktır. Bu aşılama açığı sonucu, aşılamanın bir doğum kuşağına yakın sayıda duyarlı kitle oluşmuştur.

TABLO 1 : Edirne İli Sıfır Yaş Kızamık Aşılama Hızları .

Yıllar	1993	1994	1995	1996	1997*
Aşılama Hızı (%)	79.4	81.0	78.8	88.1	92.0

* İlk 5 ay

e.2. Aşının koruyuculuğu: Aşının koruyuculuğunun %85 kadar olması, aşılananların

%15'inin duyarlı kalması sonucunu doğurmaktadır. Bunun yanısıra bağışıklığın yaşam boyu sürmeyebileceği gerçeği, diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ilkököl çocuklarının duyarlı havuzuna eklenmesiyle sonuçlanmıştır. Okul çocuklarının ve daha büyüklerin kızamık aşısıyla yüksek oranda aşılanmış oluşları da, ülkemizdeki bağışıklama hizmetlerinin 1985 Ulusal Bağışıklama Kampnyasından önceki durumu gözönüne alındığında kuşkuyla karşılanmalıdır. Bu koşullarda duyarlı havuzunda büyük bir birikim olması kaçınılmazdır. Nitekim Sağlık Bakanlığı TSH Gen. Md. Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi'nin Kasım 1996 için bildirdiği duyarlı çocuk sayısının 11.570 oluşu bu yaklaşımı doğrulamaktadır. 10

TABLO 2: Yıllara Göre Kızamık Hastalığına Duyarlı Nüfus, 1991-1996, Edirne.

TABLO 2 : Yıllara Göre Kızamık Hastalığına Duyarlı Nüfus, 1991-1996, Edirne.

Yıllar	0 yaş HN*	Uygulanan kızamık aşısı doz sayısı (0-4 yaş)	Bu kohortta korunan çocuk sayısı	Bildirilen 0-4 yaş olgu sayısı	Duyarlı kalan çocuk sayısı	Yığılımlı duyarlı çocuk sayısı
	A	B	C	D	F	G
1991	6 829	5 265	4 475	8	2346	2 346
1992	6 328	5 128	4 359	30	1 939	4 285
1993	6 817	5 138	4 267	179	2 271	6 556
1994	6 068	5 025	4 271	27	1 770	8 326
1995	5 929	4 771	4 055	21	1 853	10 179
1996	5 919	5 222	4 438	90	1 391	11 570

* Hedef Nüfus, C= A * (B/A) * 0.85 (aşı etkinliği) F= A-C-D

f. Eğitim

f.1. Hizmetiçi eğitim: GBP konusunda yeterince hizmetiçi eğitim yapılamamıştır.

f.2. Sürekli Tıp Eğitimi (STE): Ülkemizde STE ne yazık ki henüz kurumlaşmamıştır. Mezun olan hekimlerin STE'den sorumluluk duymamaları, kurumsal bir zorlamanın da olmaması sonucu, bilgiler güncelleştirilmeden meslek yaşamı sürdürülebilmektedir.

f.3. Mezuniyetöncesi eğitim: Mezuniyet öncesi eğitimde, Edinburg Bildirgesi'nde belirtildiği gibi ülke sorunlarını temel alan bir tıp eğitimi ülkemizde-ne yazık ki-hala uzak görülmektedir.

f.4. Mezuniyetsonrası eğitim: Mezuniyetöncesi eğitim olduğu gibi bu süreç de ne yazık ki sağaltıcı hekimliğe odaklanmış; bölge insanların sağlığını koruması ve geliştirilmesi salt 1. Basamağın yükümü olarak algılanmış görünmektedir. 2. Basamağa ya da özel muayenehanelere başvuran kızamıklı hastalar bildirilmemiş, bronkopnömoni ve dehidratasyondan, malnütrisyonun olmaları engel olunamamıştır. Salgın denetimi amacıyla uygulanan aşılama programının desteklenmesinin olumsuz etkilenmemesi için, güncel tıbbi bilgileri içeren kaynaklarla bilgilendirme ve ikna süreci zorunlu olarak yaşanmıştır.

II. YÖNETSEL NEDENLER**A-Bağışıklama Hizmetlerinin Yönetimi:**

1. Planlama: Sağlık Ocaklarının aşı gereksinimleri rutin aşılama hizmetleri sırasında yeterince iyi planlanamamış ve aşıya çıkmaları için gerekli araçlar genellikle taşıt yetersizliği yüzünden zamanında gönderilememiştir. Gönderilen araçların da Sağlık Ocakları tarafından ekonomik olarak kullanılmadığı saptanmıştır.

2. Örgütlenme: Her Sağlık Ocağında Aşı Sorumlusu ve Soğuk Zincir Sorumlusu olmayıp, sorumluların bulunduğu Sağlık Ocaklarında ise işlevsel olup olmadığı kuşkuludur. İlçelerde İlçe Aşı ve Soğuk Zincir Sorumluları yoktur ve örgütlenme içindeki yerlerini alamamışlardır.

İl düzeyinde ise, İl Aşı Sorumluluğu görevi özlenen biçimde yerine getirilememiş olup, İl Soğuk Zincir Sorumlusu ile iletişim sorunları yaşanmaktadır.

3. Yönlendirme: Sağlık Müdürlüğü Sağlık Ocaklarının bağışıklama hizmetlerini değerlendirmesine ve izlemesine karşın, geri bildirim istenilen düzeyde yapamamıştır. Sağlık Grup Başkanlıklarının 1. Basamak hizmetine yeterince ilgi göstermemesi ve bazıları'nın sağaltıcı hizmete öncelikle yer vermeleri nedeniyle 1. Basamak hizmetlerinin genel yönetiminde ve doğal olarak bağışıklama hizmetlerinin yönetiminde yeterince başarı sağlanamamıştır. Sağlık Ocağı düzeyinde yönetim, görevli hekimlerin ilgi düzeylerine göre belirlenmiştir.

4. Eşgüdüm sağlama: Sağlık personelinin bir kesiminin sorumluluklarını yeterince kavramış ve bu görevi yürütecek bilgi düzeyinde olmamaları ve bunu aşmak için bir çaba da göstermemeleri nedeniyle sorunların çözümünü konusunda ortak davranma ve dayanışma genellikle olamamış; benzer nedenlere ek olarak genel iletişim bozukluğu yüzünden araçlar ve diğer kaynaklar verimli kullanılamamıştır.

5. Bildirim: Ocakların aylık rutin aşı çalışmalarının kayıt bildirimini (Form 013) istenilen nitelikte olmamıştır. Özellikle 2. Basamak, hatta 3. Basamak hekimlerinin bildirim zorunlu hastalıkların bildiriminde uyarsız davrandıkları; bazılarının bilgi eksikliklerinin olduğu saptanmıştır. Hastalık bildirim Form 014'ler aracılığıyla yapılmakta ancak telefonla bildirim olmadığı için fiyasyon çalışmasının yapılması ve gerekli önlemlerin alınmasında gecikmeler olmaktadır. Sağlık kurumları dışındaki herhangi bir kurumdan bildirim gelmemektedir.

6. Lojistik: Bakanlıktan aşılama zaman zaman istenilen miktarın altında ve geçikerek gelmesi nedeniyle aşı dağıtımında sorunlarla karşılaşmıştır. İlçelere aşı dağıtımında kimi kez taşıt yetersizliği de önemli bir engel olmuştur. Doğru malzemenin, doğru zamanda, doğru yerde ve yeterli miktarda olması gerek il düzeyinde planlama, gerek gereksinim saptama ve bildirimde yaşanan aksaklık ve yanlışlıklar nedeniyle olanaklı olmamıştır.

7. Personel durumu: Merkezde personel yığılımı, taşrada personel azlığı nedeniyle 1. Basamak hizmeti yeterince yerine getirilememektedir. Ayrıca geçici görev ile görevlendirme, hizmetin örgütlenmesini ve sürekliliğini engellemektedir. Personel açığı bulunan yerlerde hizmetin aksamaması için Sağlık Grup Başkanlıklarınca gerekli önlemler alınmamıştır.

B. Diğer hizmetlerin yönetimi: Bağışıklama dışında diğer hizmetlerin yönetiminde de benzer sorunlar nedeniyle arzu edilen düzeye ulaşılamamış, yeterli denetim de yapılamamıştır.

C. Denetim

1. Bağışıklama Hizmetlerinin Denetimi.

a. Merkezde Verilerin Denetimi:

a.1. Aşılama verileri: Form 013'ler her ay düzenli olarak incelenmekte, veriler bilgisayara girilmektedir. Aşıdan sorumlu hekimlerle toplantılar yapılmadığı için sonuçlar saha ile birlikte değerlendirilmemektedir.

a.2. Lojistik denetimi: Form 013'ler arka yüzünden incelenmekte, geçen ay ile uygunluğuna bakılmakta fakat geri bildirim yapılmamaktadır. İlin soğuk zincir gereçleri eksikliği yoktur, ancak dağılım dengesizliği yüzünden kimi birimlerin eksik malzeme ile çalıştığı bilinmektedir.

a.3. Hastalık verileri: Form 017'ler her ay düzenli olarak incelenmekte ve gerekli olduğunda yönlendirme yapılmaktadır. Form 014'ler Sağlık Müdürlüğü'ne ulaştığında ilgili Sağlık Ocağına gönderilip fiyasyon çalışmasının yapıp yapılmadığı izlenmektedir.

b. Hizmeti sunan birimlerin yerinde denetimi: Taşıt yetersizliğinden dolayı istenen ölçüde yapılamamaktadır.

b.1. Aşılama verileri: Yapılan denetimlerde form 012 A ve B'lerin sağlıklı olmadığı kuşakları vardır. Yapılan aşılar doğrudan ocak formlara kaydedilmemekte, ara kayıtlar tutulmaktadır.

b.2. Soğuk zincir verileri: Buzdolaplarının ısı izleminin düzenli olmadığı, dolapta bulunmaması gereken maddelerin görüldüğü, aşıların uygun yerleştirilmediği seyrek olmayarak gözlemlenmiştir.

b.3. Lojistik verileri: Sevk irsaliyeleri incelenmemiştir.

b.4. Hastalık verileri: Form 016'lar incelenmemiştir.

SALGIN TANISI ve ÖNLENMESİ ÇALIŞMALARI

Salgın kuşkusunun ortaya çıkması: 1996 Eylül ayında itibaren kızamık olgularının artabileceği iletili atana kezlerce iletilmiş, aşılamaadaki açığın kapatılması istenmiştir. Nisan'da belli bölgelerde gözlenen hafif artışla ilgili olarak Birimlerle görüşülmüş. Mayıs ayında bildirimlerin artması üzerine çocuk olarak kızamık olgusu aranması istenmiştir. 28 Mayıs 1997'de durum Sağlık Müdürlüğü'nde değerlendirilerek Tıp Fakültesine bilgi verilmesi ve yardım istenmesi kararlaştırılarak Halk Sağlığı, Pediatri ve Klinik Bakterioloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim dallarına bilgi verilmiştir. Görüşmeler sonunda olguların bir salgın niteliği taşıdığına karar verilmiştir. Durum Bakanlığa bildirilerek aşı ve enjektör gereksiniminin karşılanması istenmiştir.

Salgın tanısı: Bu amaçla Poisson dağılımından yararlanılmıştır. 1 Bilindiği gibi küçük sayıların dağılımı olan bu dağılımda st. sapma ortalamasının kareköküdür. 1997 yılı ilk 5 ayı toplam olgu sayısı 365, ortalama 73'tür. St. sapma 8,54'tür. Ortalamaya 2 st. sapma eklenmesiyle 90.08 bulunmaktadır. Bu sayıyı aşan olgu kaydı, anlamlı bir artışı (=epidemiyi!) vurgulamaktadır ve bu durum Mayıs ayındaki olgu patlamasına bağlıdır.

TABLO 3: Edirne'de Kızamık Olgularının Son 2 Yılda Aylara Göre Dağılımı.

Yıl / Ay	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Toplam
1996	2	2	9	9	16	38
1997	5	6	13	39	302*	365

* Poisson dağılımına göre 1997 Mayıs ayı rakamları epidemiy anlamına gelmektedir.

TABLO 4 : Edirne'de Kızamık Olgularının Yıllara Göre Dağılımı.

Yıllar 19...	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97*
Olgu Sayısı	3	54	63	34	56	88	852	88	87	50	597

- o 01.01.1997-27.06.1997 arası tüm kızamık olguları
- o $\chi^2 = 3712$, p = .0000; 1993 ve 1997 yıllarından kaynaklanıyor; her 2 yılda aşırı olgu artışı vardır (1987 yılının 3 olgusu katılmadan).
- o 1993 verisi dışında bırakılarak; $\chi^2 = 2454.1$, p = .0000; 1997 Mayıs ayında anlamlı olgu artışı var.

SALGIN DENETİMİ:

1. Bağışıklama

1.1. Programın oluşumu: Programı oluştururken temel dayanaklar şunlardır: 3, 4, 7-13

o Kızamık aşısının koruyuculuğu yüksektir, ucuzdur, kolay uygulanabilir. Yaygın aşı uygulaması için eldeki örgütlenme uygundur.

o Sağınıarda aşılama en erken 6 aylıklara uygulanmalıdır.

o Aşılamada üst yaş sınırı yoktur.

o Daha önce aşılanmışların yine aşılanmasında bir sakınca yoktur.

o Doğal hastalığı geçirenlerin aşılanmasında bir sakınca yoktur.

- Daha önce aşılanmışlar 4-6 yaşlarında duyarlı duruma gelebildiklerinden dolayı, rapel dozla aşılanmalıdır.
- Aşılanma durumu belgelenemeyenler duyarlı olarak kabul edilir.
- İki canlı aşı arasında interferans kuramsal bir risktir. Bu risk MMR aşularının ayrı ayrı uygulanması ya da sarı humma aşısı ile MMR uygulaması içindir. Kanıtlanmamıştır. **OPV ve Kızamık arasında interferans OLMAZ. İnaktif aşılarla, canlı aşılar arasında interferans OLMAZ.**
- Kızamıklı hasta ile temasın sonraki 72 saat içinde kızamık aşısı uygulaması koruyucu özelliği nedeniyle önerilmektedir.
- Salgın denetiminde Ig uygulaması önerilmektedir.
- Kızamık aşısı uygulanmasına kontrendikasyonlar, yıllardır uygulama deneyimi nedeniyle sahada bilinmektedir.
- Kızamık aşısı rapeli ülkemizde yapılmaktadır.
- Kızamık hastalığı çok yüksek bir bulaşıcılığa sahiptir. Duyarlıların hemen hepsi enfekte olur.
- Kızamık hastalığı, çocuk ölümlerinde en yüksek paya sahip aşıyla önenebilir bir hastalıktır.

Bu bilgiler ışığında geliştirilen aşılama programı şöyledir:

- 6 ay-5 yaş arasında olup aşılanmamış olanların aşılanması.
- 5 yaştan büyük çocukların, ilköğretim 5. sınıf dahil rapel doz ile aşılanması.

⇒ Hedef grupta olmayan ancak salgın görülen, 15-25 yaş grubu kadınların çalıştığı bir fabrikada hasta olanların dışındakileri aşılama kararı verilmiştir.

⇒ Salgından dolayı toplumsal duyarlılığın yükseldiği Keşan'da 9 ay-5 yaş arasındaki çocuklara istek halinde rapel doz yapılmıştır.

1.2. **Programın uygulanması:** Hafta sonu dahil aşılama çalışmalarına devam edilmiş, ev ev dolaşarak açık kapatılmış, okullara gidilerek kızamık aşıları yapılmıştır.

2. **Sürveyans:** Ev ev dolaşarak olgu araması UAG sırasında yapılmıştır. Tüm sağlık kurumları olgular yönünden her gün telefonla aranmış ya da bir görevli tarafından poliklinik defterleri incelenerek saptamalar yapılmış, veriler ilk hafta boyunca her gün analiz edilmiştir.

3. **Filyasyon çalışması:** Olguların yaşadıkları yerlere gidilerek yapılması gereken denetim çalışmaları, kimi zaman poliklinikte veya telefon aracılığıyla yapılmıştır.

4. **Sağaltım:** Kızamık sağaltımında semptomatik yaklaşım ağırlıktaydı. Komplikasyonların özgül sağaltımı için dağıtılan örn. ORS paketlerinin kısmen Sağlık Grup Başkanlıklarında kaldığı ilgili Sağlık Ocaklarına ulaştırılmadığı saptanmıştır. Penisilin gereksinimi bildirilen olmamıştır. A vitamini kızamık fatalitesinin azaltılmasındaki rolü bilindiği, genelge edildiği halde ilgi eksikliğiyle karşılandığı, yerine polivitamin preparatları verildiği görülmüştür.2. Basamağa başvuru karşın 1 hasta kızamık+bronkopnömoni, 1 hasta malnütrisyon+kızamık+dehidratasyon, 1 hasta da Hodgkin lenfoma+kızamıktan ölmüştür.

5. **Kayıt sistemi:** Her düzeyde sorun yaşanmıştır. Yapılan aşıların Aşı Kayıt Fişlerine kaydedilmediği, Form 013'lerle bildirmediği, poliklinik kayıtlarının eksik tutulduğu, hatta bir Sağlık Ocağında, yapılan aşılama ile ilgili kayıtların çöpe atıldığı gözlenmiştir.

6. **Bildirim sistemi:** Hasta ve aşılama çalışmalarının günlük bildirim için bir form geliştirilmiştir. Verilerin bildiriminin yasal zorunluluğa karşın yapılmadığı gözlenmiş; sorunu çözmek amacıyla iletişim için gereğinden çok zaman harcanmıştır. Özel muayenehanelere gidilip veri toplanmış, hastaneler her gün aranmıştır.

7. İletişim

7.1. Örgüt içi iletişim:

7.1.1. **Yatay iletişim:** Sağlık Müdürlüğü ek ve ana binalarındaki bazı birimler arasında eşgüdüm ve yardımlaşma yeterince sağlanamamıştır.

7.1.2. Dikey iletişim:

7.1.2.1. **Aşağı doğru iletişim:** Salgın kararı alındığı gün etkilenen ilçelere gidilerek sağlık yöneticileriyle durum değerlendirilerek bilgi verilmiştir. Eldeki aşılar ve enjektörler sunulmuş, alanla etkili bir şekilde telefon ve faks bağlantısı kurulmuş ve kızamık aşı ve hasta bildirim formu ile epidemiyolojik araştırma formu hazırlanarak dağıtılmıştır. Günlük bildirim istenmiş, bildirimdeki yanlışlıkların giderilmesi için çok zaman ve para harcanmıştır. Ekipler oluşturularak alan sürekli denetlenmiştir.

7.1.2.2. **Yukarı doğru iletişim:** Valilik makamı olaya son derecede duyarlı yaklaşarak il sağlık yönetimine karar alma ve uygulama sürecinde yardımcı olmuştur. Bizat Vali tarafından Sağlık Bakanlığı ve diğer illerle iletişim kurularak durum hakkında bilgi verilmiştir.

7.2. **Sağlık Örgütü Dışı İletişim:** Diğer il müdürlükleri ve meslek Odalarıyla temasa geçilerek motorlu araç desteği sağlanmıştır.

7.2.1. **Diğer Sağlık Kurumları:** İldeki tüm sağlık kurumları ve özel muayenehane hekimleri ile temasa geçilmiş, bildirimler konusunda duyarlı olunması için uyarı yapılmıştır.

7.2.2. **Halkla iletişim:** Konu ile ilgili yerel TV ve radyo kuruluşlarında programlar düzenlenmiş, ayrıca 184 nolu Aşı Danışma Hattı halkı aydınlatmak için kullanılmıştır.

SONUÇLAR: ALINMASI GEREKEN DERSLER

Bağışıklama Hizmetlerinin Yönetimi

I. **Aşılama Programı:** 9 aylıklara aşı uygulaması ülkemiz için gerekli ve doğrudur. Rapelin ilköğretim 1. sınıfta yapılması serolojik çalışması sonuçları gözönüne alınarak yeniden değerlendirilebilirse de, uygun görülmektedir.

II. Aşılama Hizmetlerinin Sürveyansı

a. **Aşılama hizmetinin kapsayıcılığı:** Aşılama oranları Sağlık Grup Başkanlığı tarafından Sağlık Ocağı ve köy ölçeğinde, il yönetimi tarafından Sağlık Ocağı ve ilçe ölçeğinde her ay merkezde izlenmeli, sorunlu birimler yerinde denetlenmelidir.

b. **Hastalık Sürveyansı:** Hastalık bildirimlerinin tüm birimlerden kullanılabilir biçim ve zamanda gelmesi için gerekiyorsa yasal yaptırım süreci işletilmelidir. Başta aşıyla önenebilir hastalıklar olmak üzere salgın yapabilen tüm hastalık bildirimlerinin telefonla İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi'ne bildirilmesi, filyasyon çalışması için Sağlık Ocaklarının hizmetçi eğitiminin hızla tamamlanması gereklidir. Verilerin GBP ekibince değerlendirilip alanın (sahanın) yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

III. **Soğuk Zincir:** Soğuk zincir sorumluluğunun Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde olması, zincirin titizlikle denetimi, lojistik planlama ve uygulama sağlanmalıdır.

IV. Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu:

a. **Hizmet temelinde entegrasyon:** Sağlık hizmetlerinin verildiği her kurumda sağaltıcı hizmetlerin yanında, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli diğer sağlık hizmetlerinin de sunulması gereklidir.

b. **Kurum temelinde entegrasyon:** Sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların birbirini destekler biçimde hizmeti vermesi sağlanmalıdır.

V. Sağlık Hizmetlerinin Denetimi: Verimliliği artırmaya yönelik denetim yapılmalıdır. Her sağlık kurumunun bir denetim defteri olmalıdır.

VI. Tıp eğitimi: Sık karşılaşılan, halkın sağlığı yönünden önemli sağlık sorunlarını tanımayı, önemsemeyi ve gerekli girişimde bulunmayı sağlayıcı bir bilinç ve beceri kazandırılmalıdır.

VII. Sektörlerarası işbirliği: Sektörlerarası işbirliğinin hastalık bildiriminde de gerçekleşmesi için başta Milli Eğitim Müdürlüğü olmak üzere muhtarlıklarla etkin işbirliği sağlanması gereklidir.

T e ş e k k ü r : Salgın denetimi çalışmalarında destekleri için Vali Sn. Mehmet CANSEVEN, Vali Yrd. Sn. Hikmet ÇAKIRMAK ve dönemin İl Sağlık Müdürü Sn. Dr. Armağan DİNÇBAŞ ile diğer emeği geçenlere teşekkür borçluyuz.

KAYNAKLAR

1. Dawson B., Trapp, R.G. Basic and Clinical Biostatistics. Lange, p.76-77, and 148-154, 1990
2. Eskioçak M., Saltık A. Bağışıklama Hizmetlerinde Temel Bileşenler-1, STED, Cilt 6, sayı 11, 1997
3. -----TSH Gen. Md. Ulusal Bağışıklama Programına Bir Bakış, 1993.
4. Artur M. Galazka. General Immunology. The Immunological Basis of Immunization 1. WHO/EPI/GEN/93.11
5. -----Veri Kullanma Kılavuzu. SB SPGK yayını, 1996
6. Giesecke J., Modern Infectious Disease Epidemiology. Oxford University Press, p.114, 1994, Bristol
7. Soyer A. Antalya Tabip Odası, Hekimlik ve İnsan Hakları, TTB, 1996
8. -----Hacettepe Yayın Birliği. Sağlık Ocağı Hekiminin Hukuk Rehberi. Yargıçoğlu Yayınevi, 1985, Ankara.
9. Eskioçak M., Saltık A. Bağışıklama Hizmetlerinde Temel Bileşenler-2 STED, Cilt 6 sayı 12
10. -----SB TSH Gn. Md. 26/08/1996 tarih ve 8534 sayılı yazı
11. Atkinson W., Gantt J., Mayfield M., Furphy L. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Department of Health & Human Services CDC, 1995
12. American Academy of Pediatrics, Measles. in Peter G. ed.1994 Red Book. Report of The Committee on Infectious Diseases.23rd ed. Elk Grove Village IL. American Academy of Pediatrics; 1994
13. Hoeprich P.D., Jordan M.C. Infectious Diseases (in): Measles. pp.874-886. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1983
14. -----Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Verileri.

**İZMİR KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM HASTANESİ AİLE PLANLAMASI KLİNİĞİNDE
BİR YILLIK NORPLANT DENEYİMİ**

Dr. Gül KİTAPÇIOĞLU*, Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU*, Dr. Asuman GÜZELANT*, Gönül EKİNCİ (UYANIK)**,
Uz. Dr. Üzeyir KIRCA**

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İzmir,
**İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada İzmir Kadın hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine Norplant uygulamasına ilişkin başvuran kadınların Sosyo-demografik özellikleri, aile planlaması ve doğurganlık öyküleri, Norplanta yaklaşımları, yöntemle ilgili yakınma ve memnuniyetlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu kesitsel tanımlayıcı araştırma, Ekim 1996-Ekim 1997 arasında bir yıl süreyle İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine başvuran toplam 295 kadına dört bölümden oluşan bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS 6.0 İstatistik paket programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalamaları 26.87±5.41; sahip oldukları ortalama çocuk sayısı 1.85±1.0 (0-6), toplam gebelik sayıları 2.58±1.6 (1-9) ve istemli düşük sayısı ortalaması 1.68 (0.9 (1-5)). Kadınların %87.5'u daha önce en az bir aile planlaması yöntemi kullanmışlar ve yöntemlerin %72.9'unu modern yöntemlerin oluşturduğu saptandı. Kadınların %32.2'si yöntemi sağlık personeline, %59.3'ü ise yakınlarından duyduklarını belirttiler. Kadınların %84.8 yöntemden memnun olup, yakınlarına tavsiye edeceklerini ifade ettiler. Yönteme ilişkin en önemli yakınma kanama düzeninin bozulması olarak belirlendi (%62.0) ve yöntemi bırakanların %58.5'i kanama düzensizliklerini neden olarak ileri sürmüştür.

Sonuç: Türkiye'de 1994 yılından başlayarak devam eden Norplant implantlarının, tekrar çocuk sahibi olmak istemeyen ancak sterilizasyon konusunda kararsız olan kadınlara uzun etkili ve güvenliği yüksek bir yöntem olarak çalışmaya katılan kadınlar tarafından da kabul edildiğini gözledik. Yeni uygulanan bu yöntem ile ilgili danışmanlık hizmetinin yöntemin kabul edilebilirliğini yükselteceğini düşünüyoruz.

SUMMARY

Purpose: To determine the perceptions, decisions and the causes of the women's choices on norplant and the related side effects and removal causes in order to evaluate for further research and practice.

Methods: In this cross-sectional descriptive study 295 women applying the Family Planning Clinic in Konak Maternity Hospital to have Norplant insertion, control and removal between October 1996-October 1997 are included in the study. A questionnaire inquiring their perceptions, decisions, reproductive history, the reasons of Norplant preference, the related side effects and removal causes was administered to women. SPSS v.6.0 was used for analysis.

Results: The mean age of the women was 26.87±5.41; The mean value of the number of their children was 1.85±1.0 (0-6). The average of number of pregnancies was 2.58±1.6 (1-9) and induced abortions was 1.68±0.9 (1-5). 87.5% of the women had used various conception methods of which 72.9% were modern. The most appreciated feature of norplant was noted as the long term contraception, less side-effects. 32.2% of the women heard about norplant from health staff, 59.3% from friends and relatives. The percentage of the women who were satisfied and advised this method to others was %84.8 (n=173), the remaining of the women had complaints menstrual-related problems.

The most common side effect was menstrual-related problems 62.0%, and the most common removal cause was uterine bleeding 58.5%.

Conclusion: Norplant implants have been practised in Turkey since February 1994. We believe that, it has the potential for a wider use in the future especially for women who neither want any more children nor an irreversible contraception. Our results suggest that most women were satisfied with Norplant so this method can be imposed in order to diminish the unmet need for contraception in Turkey.

Giriş ve Amaç: Norplant implantları etkili, uzun süreli, geri dönüşlü hormonal yeni bir kontrasepsiyon yöntemidir. En etkili geri dönüşlü kontraseptiflerden biridir. Gebeliği bir kaç mekanizma ile kombine olarak önler. Bunların en önemlileri; Ovulasyonu baskılaması, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm penetrasyonunu önlemesi, endometrium epitelinde inceltme yaparak implantasyonu önlemesidir (1).

Norplanta ait ilk klinik deneyler 1974'de Şili'de başlamıştır (3). Ülkemizde Norplant Uygulaması, 1994 yılı Şubat ayından itibaren özel eğitim almış sekiz klinisyenin katkıları ile altı Aile Planlaması Eğitim Merkezi'nde uygulanmaya başlamıştır. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi de bu merkezlerden biridir. Bu merkezlerin aile planlaması kliniklerine başvuran kadınlara önce tüm aile planlaması yöntemlerini içeren genel bir danışmanlık hizmeti verildikten sonra Norplanta ilgi duyanlara yöntemle özel danışmanlık hizmeti ile birlikte Norplant uygulanmaktadır. Norplant uygulanması sonrasında kadınlar izlem kartı düzenlenerek bir hafta ve sistemik yan etkilerin değerlendirilmesi için de altı ay sonra izlenmektedir (4).

Bu çalışmada İzmir Kadın hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine Norplant uygulamasına ilişkin başvuran kadınların sosyodemografik özellikleri, aile planlaması ve doğurganlık öyküleri, Norplanta yaklaşımları, yöntemle ilgili yakınma ve memnuniyetleri ile yan etki ve erken çıkarma nedenlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tanımlayıcı araştırma, Ekim 1996-Ekim 1997 arasında bir yıl süreyle İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine başvurarak danışmanlık aldıktan sonra Norplant uygulanan kadınlara ve araştırmanın başlangıç tarihinden önce Norplant uygulanıp, kontrol amacıyla ya da yakınmaları nedeni ile tekrar merkeze başvuran top-

İam 295 kadına dört bölümden oluşan bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İlk bölümde sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde önceki aile planlaması ve doğurganlık özellikleri, üçüncü bölümde yöntemle ait genel bilgiler ve eşlerin yaklaşımını sorgulanmıştır. Dördüncü bölüm sadece kontrol amacıyla başvuran kadınlara yönelik olup yakınmaları, memnuniyet ve yaklaşımları sorgulanmıştır. İmplantı çıkararak yöntemi sonlandırmak isteyenlere nedenleri ve sonraki aile planlaması yaklaşımları sorulmuştur. Veriler SPSS 6.0 İstatistik paket programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza katılan 295 kadının %30.8 (n=91)'ini yeni başvuranlar, %45.4 (n=134)'ünü daha önce norplant uygulanıp, kontrol amacıyla veya şikayetleri için başvuranlar %23.7 (n=70)'sini yöntemle son vermek üzere başvuran kadınlar oluşturmuştur. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması: 26.87±5.41 (16-48)'dir. Gelir düzeyleri sorulduğunda kadınların %72.5'i gelirlerinin orta ve ortanın altında olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Gruplarına Dağılımı.

Özellikler	N	%	Yığılımlı %
Yaş Grupları			
15-19	14	4.7	4.7
20-24	98	33.2	38.0
25-29	104	35.3	73.2
30-34	51	17.3	90.5
35-39	21	7.1	97.6
40-44	6	2.0	99.7
45-49	1	0.3	100.0
Eğitim			
OYD	12	4.1	4.1
OY	10	3.4	7.5
İlkokul	173	58.6	66.1
Ortaokul	33	11.2	77.3
Lise	55	18.6	95.9
Üniversite	12	4.1	100.0
Meslekleri			
Ev Hanımı	221	74.9	74.9
İşçi	26	8.8	83.7
Memur	23	7.8	91.5
Serbest	24	8.1	99.7
Emekli	1	0.3	100.0
Toplam	295	100.0	

295 kadının doğurganlık özellikleri Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2. Doğurganlık Özellikleri :

Özellik	Mean ± SD	Min-Max
Evlenme Yaşı (Yıl)	18.73 ± 2.8	(13 - 30)
İlk Gebelik Yaşı (Yıl)	19.65 ± 8.0	(14 - 29)
Toplam Gebelik Sayısı:	2.58 ± 1.6	(1 - 9)
Çocuk Sayısı :	1.85 ± 1.0	(0 - 6)
İstediği Çocuk Sayısı:	1.78 ± 0.5	(1 - 3)
Düşük Sayısı:	1.73 ± 1.0	(1 - 6)
İstemli Düşük (M.R.) Sayısı:	1.68 ± 0.9	(1 - 5)
İstemsiz Düşük Sayısı:	1.29 ± 0.6	(1 - 3)
Norplant Uygulama Zamanı (Ay):	± 10.7	(1 - 42)

Çalışmada yer alan kadınların %65.4 (n=193) tekrar çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Anket uygulananların %87.5 i (n=258) daha önce en az bir kez bir aile planlaması yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadın başına düşen ortalama yöntem sayısı 1.8 olarak hesaplanmıştır. Yöntemlerin %72.9 (n=334)'ünün modern yöntemler olup, en sık gözlenen yöntemler %28.3 (n=134) ile RİA olması dikkat çekicidir. Geri çekme ise ikinci sık yöntem olup oranı %25.1 (n=115)'dir. Daha önce yöntem kullanmadıklarını belirtenlerden %8.1 (n=3) menstrüel regülasyon (MR) yaptıklarını saptanmıştır.

Norplant uygulaması için ilk defa başvuran kadınların %85.8 (n=253)'i son üç ayda yöntem kullandıklarını belirtmiştir. En sık kullanılan dört yöntem sırasıyla oral kontraseptifler %30.0 (n=76); geri çekme %28.5 (n=72); kondom+spermisid %22.5 (n=57); RİA %15.4 (n=39)'dir. Kadınların %38.3 (n=97)'ü, bu yöntemlerden memnun olduğunu, %61.3 (n=155)'i memnun olmadığını ve %0.4 (n=1) fikrinin olmadığını belirtmiştir. Kadınların bir önceki yöntemi bırakma nedenleri: gebe kaldığı için %14.2 (n=36); kullanışsız olduğu için %18.2 (n=46); eşi istemediği için %1.7 (n=4); önceki yöntemi güvenli bulmadığı için %18.2 (n=46); yeni yöntem denemek istediği için %24.5 (n=62) ve yan etkileri nedeni ile %19.0 (n=49)'dir.

Norplant'ı ilk nereden duydukları sorulduğunda; kadınların %59.3 (n=175) akraba, arkadaş, komşu: %32.2 (n=95) sağlık personeli: %8.1 (n=24) medyadan: %0.3 (n=1) eşinden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada yer alan kadınların %56.9 (n=168)'ü en az bir yakınının Norplant kullanmakta olduğunu bildirmiştir. Norplant kullanan kadınlara en sevdiği özellik sorulduğunda: %46.1 (n=136)'i uzun süreli koruduğu, %12.2 (n=36)'si güvenli olduğu, %12.2 (n=36)'si jinekolojik muayene gerektirmediği ve %11.2 (n=33)'si ise eşine bağımlı olmadığı yanıtlarını vermişlerdir.

Araştırmamıza katılan kadınlara yöntemle ilgili soruları olup olmadığı sorulduğunda kadınların %87.7 (n=270)'i sorusu olmadığını, %12.3 (n=25)'ü ise sorusu olduğunu belirtmiştir. Kadınların yönelttiği soruların %58.0 (n=16) yan etkilere ait bilgiler oluşturmuştur. %20.0 (n=5)'i kanser yapıp yapmadığını, %4.0 (n=1)'i emzirmeye etkisini, %4.0 (n=1)'i çıkarma sırasında ağrı olup olmayacağını: %4.0 (n=1) tekrar uygulama durumunu ve %4.0 (n=1) kapsüllerin kayıp kaymayacağını merak ettiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılanların yakınmaları iki ayrı grupta değerlendirilmiştir.

a) Uygulama Alanına Ait: Kola uygulamadan hemen sonraki bir haftada yakınması sorulduğunda kadınların %17.6 (n=36)'sının yakınması olduğu saptanmıştır. Ağrı %11.3 (n=23) ile ilk yakınma olurken bunu, %2.9 (n=6) ile morarma ile %2 (n=4) tansiyon düşmesi ve %1.5 (n=3) ağrı ile birlikte kızarıklık izlenmektedir.

b) Sistemik yakınmalar ise kontrol amacıyla gelen kadınlara (n=204) şu anda yakınması olup olmadığı sorularak değerlendirilmiştir. Kadınların %63.2 (n=129)'si yakınması olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Sistemik Yakınmalarının Dağılımı

Yakınma	N	%
Aşırı kanama	80	62.0
Lekelenme	9	7.0
Amenore	12	9.3
Saç dökülmesi	3	2.3
Kullanma	3	2.3
Baş ağrısı	9	6.9
İsteksizlik-halsizlik	11	8.6
Sivilce (akne)	2	1.6
TOPLAM	129	100.0

Kadınların %84.8 (n=173)'i kendilerine sunulan bu hizmetten memnun olduğunu belirtmiştir. Memnuniyet nedenleri ise kadınların %31.8 (n=55)'si yöntemin rahatlığı, %26.0 (n=45)'i güvenliliği, %9.2 (n=16)'si kullanışlılığı, %1.7 (n=3)'si uzun süreli koruyuculuğu, %1.7 (n=3)'si jinekolojik muayene gerektirmemesi ve %22.5 (n=39)'i personelin olumlu davranışından etkilenmeleri olarak belirtilirken %6.9 (n=12)'u ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Sunulan hizmetten memnun olmayanların (n=31), %48.4'ü kanama ve %51.6'si diğer yan etkileri neden olarak belirtmişlerdir.

Norplant kullanan kadınların %88.2 (n=180)'si yöntemi yakınlarına tavsiye ettiklerini bildirmişlerdir. Tavsiye nedenlerinin kadınların memnuniyet nedenleri ile paralel olduğu gözlenmiştir. Kadınların %36.1 (n=65)'u yöntemin rahat olduğu; %47.8 (n=86)'i güvenli olduğu; %5.0 (n=9)'ü jinekolojik muayene gerektirmediği; %5.0 (n=8)'u akıntı yapmadığı için tavsiye ettiklerini belirtirken, %26.0 (n=11)'i ise neden belirtmemiştir. Tavsiye etmeme nedenleri; %53.8 (n=14) kanama yapması; %7.7 (n=2) kullanma yapması; %7.7 (n=2) sivilce yapması; %7.7 (n=2) kanama olmaması; %11.5 (n=3) isteksizlik+sıkıntı yaratması; %0.5 (n=1) baş ağrısı olarak bildirilmiştir.

Norplant kullanımına son vermek isteyenlerin %58.5 (n=41)'si menstrüel problemleri neden olarak göstermişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Norplant Yöntemine Son Verme Nedenleri

Çıkarma nedenleri	N	%
Aşırı Kanama	26	37.1
Lekelenme	11	15.7
Kanama Olmaması	4	5.7
Sıkıntı	6	8.6
Aşırı kullanma	4	5.7
Çocuk istemesi	9	12.9
Eşinin istememesi	4	5.7
Baş ağrısı	4	5.6
Eşinden ayrılması	2	2.9
TOPLAM	70	100.00

Norplantı çıkarılan kadınların (n=70) bundan sonraki aile planlaması yaklaşımları sorgulandığında; %14.3 (n=10)'si çocuk istediğini ve yöntem kullanmayacağını; %2.9 (n=2)'u eşinden ayrıldığı için korunmaya gerek olmayacağını belirtmişlerdir. %82.8 (n=62)'i ise korunmaya devam edeceklerini belirtmişlerdir. Tekrar hangi yöntemle korunmaya devam edecekleri sorulduğunda %34.3 (n=24)'i bilmediğini ifade etmiştir. %11.4 (n=8)'i cerrahi kontrasepsiyonu; %11.4 (n=8)'i OKS, %8.6 (n=6)'si RİA, %7.1 (n=5)'i geri çekme; %5.7 (n=4) kondom; %2.9 (n=2)'ü diyafram; %1.4 (n=1)'i enjeksiyon yöntemini uygulayacaklarını belirtmişlerdir.

Tartışma: Aile planlaması hizmetlerinin yasal olarak yürütüldüğü Türkiye'de etkili yöntem kullanan kadınların oranının istenen düzeyde olmadığı bir gerçektir. Bunun çeşitli nedenlerinden biri de kadına uygun yöntem çeşidinin yeterli olmamasıdır. Bu açıdan Norplant implantlarının özellikle uzun süreli kontrasepsiyon isteyen, istediği aile büyüklüğüne erişip, tekrar çocuk sahibi olmak istemeyen ancak geri dönüşlü bir yöntem arayan kadınlar için yeni bir seçenek olabilecektir.

Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları 26, 87 ve ortalama gebelik sayısı 2.6 olarak bulunmuştur. Literatürde yaş ve gebelik sayısı ortalamalarının düşük olduğu dikkati çekmektedir. Sri Lanka'da ortalama yaş 27, ortalama gebelik sayısı 2.0, Singapur'da ortalama yaş 29.5 ve ortalama gebelik sayısı ise 2.1 olarak bulunmuştur (4, 5).

Kadınların Norplantla ilgili ilk bilgi kaynakları %59, 3 ile akraba, arkadaş ve yakın çevre olduğu ve %56.9'unun yakınlarına da bu yöntemin uygulanmış olduğu dikkat çekicidir. Yapılan diğer çalışmalarda da Norplant uygulanan kadınların yakınlarına da bu yöntemi önerdikleri ve yöntemin yayılmasına katkıda buldukları saptanmıştır. San Francisco Hastanesinde yapılan çalışmada özellikle eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri düşük olan İspanyol kökenli kadınların yöntemi etkin bir şekilde yaygınlaştırdıkları saptanmıştır. Norplant uygulanan kadınların %61'i medya ve yakınlarından duyarak başvurduklarını bildirmişlerdir. (6) Endonezya'da Norplant uygulanan kadınların %72'si, Singapur'da %97'si, yöntemi yakınlarına anlattıklarını belirtmişlerdir. (8, 9)

Norplant kullanan kadınların en beğendikleri özellik sorulduğunda %46.1'i uzun süreli koruması; %12.2'si güvenli olması ve %12.2'si jinekolojik muayeneye gerek duyulmaması olarak yanıtlamışlardır. Daha önce yapılan çalışmalarda, etkililik, etkinin uzun süreli olması, rahatlığın yöntemin en önemli avantajları olduğu vurgulanmaktadır. Tüm kadınların jinekolojik muayeneden hoşlanmadıkları ve kola uygulanmasının pelvik muayeneyi önleyici olduğu düşüncesinin etkili olduğu vurgulanmaktadır. (4, 6, 9)

Araştırmaya katılan kadınların yöntemle ilgili sorularının %58.0'nun yan etkiler ve nedenlerine %20.0'sinin ise kansere neden olup olmayacağına yönelik olduğu dikkat çekmekte. Dört ülkede yapılan araştırmada kadınların Norplantın kansere yol açacağına yönelik inançları olduğu saptanmıştır. San Francisco Hastanesinde yapılan çalışmada kadınların %30'nun geç yan etki olarak kanserden korktukları saptanmıştır. Bu endişelerin giderilmesi için danışmanlık verilirken yan etkiler ve istenmeyen etkiler yönünden daha ayrıntılı bilgi verilmesi gerekmektedir. (6, 14)

En sık izlenen yan etki kanama düzensizlikleridir. Her kadında farklı özellik gösterir. Kullanımın ilk ayında uzamış menstrüel kanama şeklinde, herhangi bir zamanda lekelenme, ara kanamaları, görülebilir. İlk altı aydan itibaren bu düzensizlik giderek azalarak, birinci yılın sonunda yeni bir kanama düzeni gelişir. Ancak bazı kadınlarda ciddi kanamalar olabilir, bu durumda izlenmesi, gerekirse çıkarılması gerekir. Intermenstrüel kanama veya lekelenme çıkarmayı gerektirmez. (7). İzmir Konak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yaptığımız araştırmada Norplant uygulanan kadınlardan %63.2'si görüşme sırasında yakınmaları olduğunu belirtmiştir. Bu yakınmaların %78.3'ünü menstrüel problemler oluşturmaktadır. Singapur'da yapılan araştırmada kadınların %48'inin kanama artışı ve lekelenmeyi en önemli dezavantaj olarak gördükleri bildirilmiştir. (9). Çin'de yapılan bir başka araştırmada kanama bozukluklarının ilk altı aylık dönemde artış gösterdiğini buna karşın 9. Ayardan itibaren azalarak 1 yıllık kullanım sonunda yeni bir düzene geçtiğini ve 5 yıllık kullanım sonunda kanama bozukluğu nedeni ile yöntemden vaz geçme oranının %13 olduğu belirtilmektedir (10, 11).

Aşırı kanamaları kontrol altında tutmanın en güvenilir yolu bugün için yöntemi uygulayacak kadınların dikkatle seçilmesi ve değerlendirilmesidir. Bu konuda nitelikli ve kapsamlı danışmanlık alan kadınların kanamaları daha kolay tolere edebildiği ve yöntemle

devamlarının daha yüksek olduğu gözlenmektedir (12).

Norplant uygulamasında kadınların yönteme devam hızları; değişkenlik göstermektedir. Yöntemi erken sonlandırma nedenlerinin en başında kanama bozuklukları gelmektedir. Diğer az rastlanan yan etkiler; baş ağrısı, kilo alma, sinirlilik ve sıkıntı hissi, halsizlik, bulantı, akne, aşırı kıllanma veya kıllanmada azalma, adneksiyal kitle, göğüs dolgunluğu, iştah artışı gibi diğer hormonal kontraseptiflerle de ortaya çıkan yan etkilerdir (%19-21). İlk bir yıl devam oranları %76-80, ikinci yılda %60-82, üçüncü yılda %44-72; dördüncü yılda %33-63 ve beşinci yılda %25-55 arasında değişmektedir (13).

Yöntem kullanmakta olan kadınlarda gebelik hızları da yıllarla paralel artış göstermektedir. Endonezya'da 437 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada 5 yıllık gebelik hızı 1.8 olarak bildirilmiştir. Yıllara göre ilk yıl 0, ikinci yıl %0.2 (1 gebelik), üçüncü yıl %0.5 (2 gebelik), dördüncü yıl %0.5 ve 5. Yılın sonunda 437 kadından 8'inin gebe kaldığı saptanmıştır (14).

Norplant yönteminin toplum tarafından kabul edilebilirliğini etkileyen önemli nedenlerden biri de geleneksel inançlar ve din etkisidir. Mısır ve Endonezya'nın da içinde bulunduğu 4 ülkede yapılan araştırmada kadınların sterilizasyonun ismini kuratlara uymadığına inanarak norplantı daha çok tercih ettikleri bildirilmiştir (15). Bizim çalışmamıza katılan ve yönteme son vermek isteyen kadınların %6.8 (n=9)'ü lekelenme nedeni ile dini görevlerini yerine getiremediklerini ifade etmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler: Norplant implantları ülkemizde etkili, modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını artırmak amacıyla uzun etkili bir kontraseptif olarak 1994 yılından beri uygulanmaktadır. Doğurganlığını sınırlandırmak isteyen kadınların büyük bir oranda olduğu ve etkili yöntem kullanımının da yeterli olmadığı bir gerçektir. 1970'li yıllarda modern yöntemler arasında en çok tercih edilen yöntem oral kontraseptifler iken giderek RİA kullanımı belirgin bir artış göstermiştir. Bu bize günümüzde kadınların uzun etkili yöntemlere yönelmeye başladıklarını göstermektedir. Beş yıl süreyle etkili bir hormonal kontraseptif olan Norplantın, uzun etkili yöntem arayışı içinde olan, artık çocuk sahibi olmak istemeyen ancak sterilizasyon yöntemleri konusunda kararsız olan kadınlara yeni bir seçenek olacağını düşünüyoruz. Ancak yöntemin yaygınlaşmasında ve devam hızının yüksek olmasında Norplantın eğitimli personel tarafından doğru yerleştirilmesi kadar danışmanlık hizmetinin kadınların yöntemle ilgili soru ve sorunlarını giderebilecekleri, etkin ve yeterli bir danışmanlık hizmeti düzeyine ulaştırılması gereklidir. İlk yılda gözlenen ve bir yılın sonunda azalacak olan menstrüel değişikliklerin doğru değerlendirilmesi ve kadınların yöntemle devam hızını da artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. WHO Geneva: "Norplant Contraceptive Subdermal Implants Managerial and Technical Guidelines": 1990
2. Siviri I: "International Experience with Norplant and Norplant-2 Contraceptives": *Studies in Family Planning*, 19 (2):81-94. 1988.
3. Koler N: "Türkiye'de Norplant Kullanımı": A.P. Bülteni: sayı 6. 1-2: 1996
4. Basnayake S., Shyam T., Balogh S.: "Evaluation of Safety, Efficacy And Acceptability of Norplant Implants In Sri Lanka": *Studies In Family Planning*, 19 (1):39-47. 1988.
5. Singh K.: "Norplant Contraceptive Subdermal Implants: One Year Experience In Singapore". *Contraception*, 37 (5):458-69. 1998.
6. Darney P.D., Atkinson E., Tanner S.: "Acceptance And Perception Of Norplants Among Users In San Francisco, USA ": *Studies in Family Planning*, 21 (3):152-60. 1990.
7. TC Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: "Norplant Kapsüllerinin Uygulanmasında Danışmanlık Rehberi" 1994.
8. Decision For Norplant Programs, Population Report Series K, Number 4. 1992
9. Singh K., Viegasac: "Attitudes Towards Contraceptive Implants And Injectables Among Present And Former Users In Singapore" *Journal Biosocial Science*, 22:1-11. 1990.
10. Fan M., Sujuan G.: "Menstrual Bleeding Patterns in Chinese Women Using the Norplant Subdermal Implant": *Human Reproduction*, 11 Suppl 2: 14-19; 1996 Widyantoro N. "The Story of Norplant Implants in Indonesia": *Reproductive Health Matters*, No 3. 1994
11. Walsh J., Belfield T.: "The introduction Of Norplant Implants Into The UK". *Reproductive Health Matters*, No 3. 1994
12. Diaz J., Faundes A., Olmos P., Diaz M.: "Bleeding Complaints During the First Year of Norplant Implants Use and Their Impact on Removal Rate": *Contraception*, 53:91-5. 1996.
13. Darney P.D.: "Sustained Release Contraception: Norplant": JHP/IEGO Corporation; 28: 1-7: 1992
14. Peers T., Stevens J.E., Graham J., Davey A.: "Norplant Implants In The UK: First year continuation and removals". *Contraception*, 53: 345-51. 1996
15. Zimmerman M., Haffey J., Crane E. Et Al. "Assessing The Acceptability Of Norplant Implants In Four Countries: Findings From Focus Group Research" *Studies In Family Planning Contraceptive Subdermal Implants*; 21 (2): 92-103. 1990.

**TÜRKİYE'DE EVLİLİKLERİN KURULUŞUNA İLİŞKİN ÖZELLİKLER ve
BEBEK ÖLÜMLERİ İLE İLİŞKİSİ**İsmet KOÇ¹, Attila HANCIOĞLU²¹Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Ün., Nüfus Etütleri Enstitüsü Öğretim Üyesi²Doç. Dr., Hacettepe Ün., Nüfus Etütleri Enstitüsü Öğretim Üyesi**ÖZET**

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerinin kullanıldığı çalışmanın amacı, Türkiye'de evliliklerin kuruluşuna ilişkin özellikleri tanımlamak ve bu özelliklerin bebek ölümleri ile ilişkisini göstermektir. 1993 TNSA sorucağıdırından elde edilen özellikler: nikah türü, akrabalık, evliliğin kuruluşuna ilişkin karar süreçleri, ilk evlilik yaşı ve başlık parasıdır. Evliliğin kuruluşuna ilişkin bu özellikler ile erken yaş ölümlülüğü arasındaki ilişkiler çalışmanın ikinci bölümünde tartışılmaktadır. Çalışmanın, evliliğin kuruluşuna ilişkin özellikler ile bebek ölümleri arasındaki ilişkiye ilişkin sonuçları, en az bir geleneksel özelliğin bulunması durumunda bile bebek ölüm riskinin arttığını göstermektedir.

SUMMARY

In this study, data from the 1993 Demographic and Health Survey (TDHS) are used to describe some social aspects of Turkish marital unions and to show their relationships with infant mortality. The social attributes in questionnaire of TDHS; the legal standing of the union, consanguinity, decision making in the formation of the union, age at first marriage and bride money. Relationships of these attributes of marital unions and early age mortality are discussed in the second part of the study. Results of the study show that at least one traditional attribute elevates the risk of mortality among children.

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, Türkiye'de evliliklerin kuruluşuna ilişkin seçilmiş özelliklerin sıklığı ve dağılımları ele alınmış, akraba evliliği, evlenme sırasında başlık parasının verilmesi, evliliğin kararlaştırılmasına ilişkin özellikler, nikah türü ve evlenme yaşı gibi özelliklerin diğer toplumsal/ekonomik özellikler ile ilişkileri tartışılmış ve evliliğin kuruluşuna ilişkin özelliklerin bebek ölümleri üzerindeki dolaylı etkileri gösterilmiştir.

Veri Kaynağı ve Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda görüşme yapılan doğurganlık çağındaki kadınlara evliliklerinin kuruluşuna ilişkin bir dizi soru yöneltilmiştir. Görüşme yapılan 6.519 kadının 6.124'ü araştırma sırasında evli olan ve bir kez evlenmiş olan kadınlardan oluşmaktadır-bir başka deyişle 15-49 yaşları arasındaki başından evlilik geçmiş kadınların yüzde 94'e yakını, ilk evliliklerini sürdüren kadınlardır. Analizler bu kadınlar için gerçekleştirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Türkiye'de 1993 yılında kadınların yaklaşık yüzde 7'sinin sadece imam nikahı bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki kadınların büyük çoğunluğu hem resmi hem de imam nikahı ile evlenmişlerdir. İmam nikahı yapmanın kırsal yerleşim yerlerinde, Doğu Anadolu'da, eğitimsiz ve çalışmayan kadınlar arasında yüksek olduğu görülmektedir.

Görüşme yapılan kadınların yüzde 20'si akraba evliliği yapmışlardır. Akraba evliliklerinin büyük bir bölümü, kadınların baba tarafından birinci derecedeki akrabalarıyla (kuzenleriyle) yaptıkları evliliklerdir. Akraba evliliklerinin Güneydoğu Anadolu'da, özellikle kadının eğitimsiz olduğu durumlarda ve anadili Kürtçe olan gruplarda yüksek olduğu görülmektedir.

Türkiye'de evliliklerin çoğunluğu ebeveynler tarafından kararlaştırılmaktadır. Bu tür evliliklerin yaklaşık yarısında çiftin onayı alınmamakta, insiyatif tamamıyla ebeveynler tarafından kullanılmaktadır. Evliliğin çift tarafından kararlaştırıldığı durumlar, toplam evliliklerin ancak yüzde 20'si kadardır. Evliliklerin yüzde 5 kadarının kaçma veya kaçırılma ile gerçekleşmesi ilginç bir bulgudur.

Türkiye'de başlık parası geleneği zaman içinde hızla azalmaya başlamış olmasına karşın, belirli toplum kesimlerinde etkisini sürdürmektedir. Evliliklerin üçte birinde başlık parası sözkonusu olmaktadır.

Sonuçlar: Evliliğin kuruluşuna ilişkin özelliklerin bebek ölümlerinin üzerinde dolaylı veya başka dolaylı değişkenler aracılığıyla etkisi olması beklenebilir. Akraba evlilikleri, doğan çocuklarda oluşabilecek konjenital anomalileri doğrudan etkilemesi yanısıra, kadının statüsünün bu tür evliliklerde daha düşük olması yoluyla da bebek ölümlerini etkileyebilecek bir özelliktir. Gerek başlık parasının verilmesi, gerek imam nikahları ile güvencesiz evliliklerin gerçekleştirilmesi ve gerekse de evliliğin kararlaştırılması sırasında çiftin, özellikle de kadının rızasının alınmaması, kadının evlilik içindeki statüsünü etkilemekte, bebek ve çocuk bakımı konusunda insiyatif kullanarak çocukların hayatta kalma olasılıklarını yükseltme şansını azaltmaktadır. Geleneksel özellikleri bulunan evliliklerde içinde bulunulan geleneksel ortam ve bu ortamın sonucu olarak ortaya çıkan kadının ikincil pozisyonu, Türkiye'de genellikle gebeliği önleyici yöntem kullanımı yanlış olan kadının, doğurganlık düzeyi ve örüntüsü konusunda söz sahibi olamamasına, sık aralıklı, çok sayıda, ve erken yaşlarda doğum yapma durumunda kalmasına yol açarak, bebek ölümlerini doğrudan etkileyen özellikleri harekete geçirmektedir.

Çalışmanın son bölümünde evliliklerin kuruluşuna ilişkin özelliklerin (akraba evliliği, evlenme sırasında başlık parasının verilmesi, evliliğin kararlaştırılmasına ilişkin özellikler ve nikah türü) bebek ölümleri üzerindeki etkisini daha net olarak ortaya koymak amacıyla lojistik regresyon (logistic regression) yöntemi kullanılarak çok-değişkenli bir analiz gerçekleştirilmiştir. Bu analizlerde son on yıl içinde doğan çocukların bebeklik döneminde hayatta olup-olmadıkları bağımlı değişken olarak kullanılmaktadır. Evliliklerin kurulmasına ilişkin değişkenlerin yanısıra yerleşim yeri, bölge, kadının ve kocanın eğitimi, hanenin refahı, hanenin hijyenik koşulları, eşlerin etnik grubu, kadının çalışma ve sosyal güvenlik durumu değişkenleri de bu analizlerin bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. Lojistik regresyon sonuçları, evliliklerin kuruluşuna ilişkin özelliklerin gözardı edilemeyecek önemde olduğunu göstermektedir.

GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI EĞİTİMİ İÇİN EĞİTİM MATERYALI GELİŞTİRİLMESİ

Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU

GATA Halk Sağlığı ABD., Ankara.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda, genç erişkin erkeklerin Aile Planlaması (AP) eğitimi için eğitim materyali geliştirilmesi amacıyla Eylül 1996/Ağustos 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma; hedef kitle (N=3309) özelliklerinin belirlenmesi, eğitim materyalleri geliştirilmesi, eğitim materyallerinin etkinliklerinin saptanması olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Geliştirilen eğitim materyalleri katılımcıların (resimli kitap ve broşür ile 60'ar kişi, yansız (tepegöz) ile 125 kişi) AP eğitiminde uygulanmış ve etkinlikleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Her üç materyale de bilgi puanları anlamlı düzeyde artmış olarak bulunmuştur ($p<0.01$). Ancak, broşür ile verilen eğitimde üreme sistemi anatomi, fizyolojisi anlatılmadığından bilgi düzeyinde artış (%5) sağlanamamıştır ($p>0.05$). Tüm erişkin eğitime bağlı olduğu kabul edildiğinde "bütün konularda" yansız ile verilen eğitim, eğitim öncesi başarısız olan 100 kişiden 70'nin başarılı olmasını sağlarken (AE=%69.6) resimli kitap, eğitim öncesi başarısız olan 100 kişiden 67'sinin (AE=%66.7), broşür ise eğitim öncesi başarısız olan 100 kişiden 62'sinin (AE=%61.6) başarılı olmasını sağlamıştır. Atfedilen etkinliği en fazla olan eğitim materyalinin "yansız" olduğu görülmektedir.

Sonuç: Eğitim materyallerinin birlikte kullanılması ile daha yüksek etkinlikler sağlanabileceği düşünülebilir. Bunun yanında kitap ve broşür gibi kitle eğitiminde kullanılacak materyallerin ancak bilgi düzeyini artırabileceği tutum ve davranış değişikliği sağlanamıyacağına ancak yüzyüze eğitim ile (yansız vb) sağlanabileceği unutulmamalıdır.

SUMMARY

Objectives: This study is aimed to develop the materials related to FP education among soldiers in Etimesgut Commandership of Armor-Platted School and Training Division between September 1996 and August 1997.

Material-Methods: The study was done three steps including: the determining features of target population (N=3309), developing education materials and determining efficiency of this materials. Developed education materials (60 persons with picture booklet and brochure, 125 persons with transparency) was used in FP education and compared to these efficiency.

Results: Information score was found to have significantly higher in all three materials ($p<0.01$). But information score represented with brochure was not provided to have higher levels (5%), because of not telling anatomy and physiology of reproductive system ($p>0.05$). If whole efficiency is related to education: attributable efficiency is 69.6% for education with transparency, 66.7% for booklet picture and 61.6% for brochure.

Conclusions: Using combined education materials may be provide much more efficiency. The materials used to educate public (e. g. picture booklet and brochure) only increase education level but the changes of attitudes and behaviors provided with face to face education (for example transparency) should not be forgotten.

Giriş: Toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesi; sağlıklılık için gereken yaşam koşullarını sağlayan ekonomik, çevresel ve yapısal düzenlemeler yanında eğitim desteğinin verilmesi ile başarılabılır (5).

Eğitim ile; bireylere olumlu davranışlar kazandırılması yanında istenmedik davranışların bırakılması ile sağlıklı ve uyum içinde yaşamını sürdürmesi amaçlanmaktadır (3). Eğitimin başarılı olabilmesi için gerekli koşullardan biri de, konuyla ilgili bilginin edinilmesidir (3, 6, 13).

Yeterli bilgi düzeyine erişmece; eğiticinin, eğitim ortamının, eğitim tekniğinin ve eğitimde kullanılan materyallerin niteliği önemlidir. Bunların yanında eğitilenlere gereksinim duydukları konuda eğitim verilmesi ve iyi güdülenmeleri, hedeflenen bilgi düzeyine erişmeyi kolaylaştırır (2, 11).

Eğitim verilecek olan grubun (hedef kitle) özellikleri yanında bilgi düzeylerinin saptanması bir bütün halinde düşünülmeli; hedef kitlenin tanımlanmasının (audience analysis) hazırlanacak eğitim programı ve kullanılacak eğitim materyallerinin belirleyicisi olduğu unutulmamalıdır (11, 20).

Reklam sektöründe tanıtım ve kampanyalarda "başarıyla uygulanan" iletişim teknikleri; sağlık eğitiminde, sağlığa ilgili kampanyalarda ve eğitim materyali geliştirilmesinde de aynı başarıyla kullanılabilir (11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); aile planlaması (AP) ve üreme sağlığı hizmetlerinin; istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin sayısını azaltarak binlerce ölümlü ve sakat doğan hastalığı engellediğini bildirmektedir (12). DSÖ, 2000 yılında herkes için sağlık hedefleri içerisinde de anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için AP hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını da önermektedir (9).

Ülkemizde AP yöntemlerini kullanma yüzdesi yıllara göre arttığı halde, etkili yöntem kullanma halen oldukça düşüktür. Etkili yöntem kullanmayan kadınların %23'ü neden olarak eşlerinin karşı çıkmasını göstermişlerdir (24). Etkili yöntem kullanma oranının düşük, etkisiz yöntemlerle korunmaya çalışanların oranının yüksek olması ülkemizde pek çok ailenin "istemediği", "bakamayacağı" sayıda çocuk sahibi olduğunu ve doğurganlığı düzenleyemediğini ve/veya bunu bilmediğini düşündürmektedir.

Benzer nedenlerle 1980'li yıllardan itibaren birçok ülkede erkeklerin AP'ye katılımını artırıcı müdahale programları yürütülmesi ne karşın ülkemizde bu alana yönelik çalışmalar henüz gerçekleştirme aşamasına ulaşamamıştır (8, 15, 16, 24).

Silahlı Kuvvetler erkek nüfus eğitimi için nesnel koşullara sahiptir. Ancak bugüne kadar askeri birliklerde eğitim vermeye yönelik kimi çabalar devamlılıktan uzak olması yanında küçük gruplarla sınırlı kalmıştır.

Bu çalışma Silahlı Kuvvetler bünyesinde gerçekleştirilecek olmasına karşın hedef kitesinin özelliği nedeniyle AP konusunda ulusal düzeyde olumlu katkılar sağlayacağı düşüncesi ile planlanmıştır.

Bu çalışmada öncelikle;

1. Erbaş ve erlerin AP eğitiminde kullanılacak materyallerin geliştirilmesinde yol gösterecek olan hedef kitle özelliklerinin (eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, ailesel özellikler vb) belirlenmesi,
2. Erbaş ve erlerin AP konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması,
3. Saptanan bilgi düzeyine ve hedef kitlenin özelliklerine uygun eğitim materyalleri geliştirilmesi,
4. Geliştirilen materyallere göre erbaş ve erlerin eğitilmesi,
5. Eğitim materyallerinin etkinliklerinin saptanması ve karşılaştırılması; amaçlanmıştır.

Daha sonra, yapılan çalışmalardan olumlu sonuçlar alındığında; geliştirilen eğitim materyallerinin rutin olarak askeri birliklerde erbaş ve erlerin AP eğitimlerinde kullanılmasının önerilmesi amaçlanmaktadır. Bunun yanında askerlik görevini yapmış genç erkeklerin eşlerine ve yakın çevrelerine bilgilerini aktarmaları yoluyla AP eğitimcisi olmaları sağlanarak ülkemiz nüfusunun AP konusundaki bilgi ve davranışının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda, genç erkeklerin AP eğitimi için eğitim materyali geliştirilmesi amacıyla Eylül 1996/Ağustos 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma başlıca üç aşamadan oluşmaktadır;

1. HEDEF KİTLE ANALİZİ

Çalışmanın hedef kitlesini oluşturan Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Komutanlığı'nda askerlik görevini yapmakta olan erbaş ve erlerin demografik özelliklerinin ve bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla 77/1 dönem erbaş ve erlere (N=3463) soru formu uygulanmıştır. Yılda dört kez askere alma işlemleri yapılmaktadır. Hedef kitle analizi; her dönemde askere alınan grupların birbirine yakın özelliklerde olduğu kabul edilerek sadece 77/1 dönem erbaş ve erlerin özelliklerinin saptanmasıyla sınırlandırılmıştır.

Çalışmanın hedef kitlenin kişisel özellikleri ve bilgi düzeylerinin tanımlanması kısmı; Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Komutanlığı'nda askerlik görevine yeni başlayan 3463 erbaş ve ere soru formunun uygulanması ile gerçekleştirilen "kesitsel tipte" bir çalışmadır. Soru formunu okuma-yazma bilmediği için doldurmayan 22 kişi (%0.6) ile soru formundaki kişisel özellikler ile ilgili kısmı doldurmayan 132 kişi (%3.8) çalışma kapsamı dışında tutulmuş; değerlendirmeye 3309 kişi (%95.6) alınmıştır.

Katılımcıların özelliklerinin yanında ve eğitim öncesi-sonrası bilgi düzeyinin saptanması amacıyla düzenlenen soru formu;

- a) Katılımcıların kişisel özellikleri ve tutumlarına ilişkin sorular,
- b) Aile Planlamasına ilişkin sorular (9 soru),
- c) Erkek-kadın üreme sistemine ilişkin sorular (16 soru)
- d) Doğum kontrol yöntemlerine (DKY) ilişkin sorular (23 soru) ve
- e) Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (STD) ilişkin sorulardan (6 soru) oluşmaktadır.

Bilgi düzeyi ile ilgili olan 54 sorudan alınan puanlar 100 üzerinden değerlendirilmiş 50 puan ve üzerinde alanlar "başarılı", 50 puandan az alanlar ise "başarısız" olarak gruplanmıştır.

2. EĞİTİM MATERYALLERİ GELİŞTİRİLMESİ

Bu kısımda; çalışmanın birinci kısımda saptanan hedef kitlenin;

*Kişisel özellikleri,

*Aile planlaması, erkek ve kadın üreme sistemi, doğum kontrol yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri dikkate alınarak, eğitim materyali geliştirme ilkeleri kuramsal olarak incelenmiş ve uygulanmıştır (56).

Bu aşamada cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki konular eğitim kapsamından çıkarılmıştır. Çünkü, hedef kitlenin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunması hakkındaki bilgi düzeyi diğer konulara göre daha yüksek olarak saptanmış bunun yanında "Belirli konulara odaklanmak eğitimin etkinliğini artırır." prensibi göz önünde tutulmuştur (11, 17).

2. a. Resimli Kitap: "Gece eğitimlerinde" eğitimcilere yardımcı olması yanında erbaş ve erlerin kendi kendine okuyup anlayabileceği bir kitap olarak hazırlanmıştır. Eğitimcilere yardımcı olması da hedeflendiğinden bazı bölümlerde yoğun bilgi verilmesi gerekmiştir.

2. b. Broşür: Broşür içeriğinde bütün konulara yer verme olanağı olmadığı için, içerik aile planlaması ve doğum kontrol yöntemleri ile sınırlandırılmıştır. Broşürün boyutlarının, kişilerin ceplerinde taşıyabileceği büyüklükte olması düşünülmüş, erbaş ve erlerin anlayabileceği bir dille hazırlanmaya çalışılmıştır.

2. c. Yansı: Eğitim verilecek olan üç konuya ait resimlerden oluşmaktadır (Resimli kitabın resimleri yansı olarak kullanılmıştır). Bilgiler araştırmacı tarafından sözel olarak gruba aktarılmıştır.

3. EĞİTİM VERİLMESİ, MATERYALLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu kısmı önce-sonra (before-after) düzenlemeli müdahale tipi bir çalışmadır. Resimli kitap ve broşür için 60'ar kişi; yansı ile grup eğitimi için 125 kişilik uygulama grubu seçilmiş, eğitimden bir gün önce ve eğitimden iki gün sonra olmak üzere katılımcıların bilgi düzeyleri soru formu uygulanarak saptanmıştır. Eğitim verilecek kişilerin seçiminde her eğitim grubunun farklı birliklerden olması (birbirlerini etkilemelerini önlemek için) dışında bir özellik gözlemlenmemiştir.

3. a. Resimli kitap ile eğitim: Bilgi düzeyi saptanan 60 erbaş ve ere (okuma yazma bilen) kendi kendine okumaları istenerek kitapçık dağıtılmıştır. Okumaları için verilen 2 günlük sürenin sonunda bilgi düzeyleri saptanmıştır.

3. b. Broşür ile eğitim: Okuma yazma bilen erbaş ve erlere (60 kişi) broşürler dağıtılmış, sayfa kenarlarındaki sayıların özelliği anlatılmış, broşürü okumaları önerilmiş; verilen 2 günlük sürenin sonunda bilgi düzeyleri saptanmıştır. Daha sonra belirli aralıklarla broşürü yanlarında taşıyıp taşımadıklarının kontrol edilmesi düşünülmektedir.

3. c. Yansı ile verilen eğitim: İç ayrı gruba (toplam 125 kişi) aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Eğitim her üç grupta da yaklaşık 60 dakikada tamamlanmıştır. Eğitimden bir gün önce ve eğitimden 2 gün sonra bilgi düzeyleri saptanmıştır. Eğitim sırasında katılımcı eğitim teknikleri uygulanmaya çalışılmış ayrıca eğitim sonrasında yaklaşık 30 dakikalık bir süre grubun sorularını yanıtlamak için kullanılmıştır. Bu süre ile birlikte eğitim süresi her grup için yaklaşık 90 dakika olmuştur.

4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması ve değerlendirilmesi için SPSS for Windows 5.0.1 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çözümlemelerde iki eş grup arasındaki farkın önemliliği testi (paired-t test), iki ortalama arasındaki farkın önemliliği testi (student-t test) kullanılmış; eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesinde Relatif Etkinlik (RE), Atfedilen Etkinlik (AE) ve Etkinlik Oranı (EO) hesaplanmıştır (7, 22, 23).

Bulgular:

A-HEDEF KİTLE ANALİZİ

Hedef kitlenin sosyodemografik özellikleri ile eğitim verilecek konulardaki bilgi düzeylerinin saptanması ve eğitim materyali geliştirmede yol göstermesi amacıyla yapılan anket çalışmasının bilgi düzeylerinin saptanması ile ilgili kısmının sonuçları Tablo 1'de

sunulmuştur.

Sorular konu başlıklarına göre gruplandırıldığında; hedef kitle aile planlaması ile ilgili sorulardan ortalama 66.2 puan alırken, üreme sistemi anatomi ve fizyolojisine ilişkin sorulardan ortalama 40.8 puan almışlardır. Konu alt başlıklarından alınan notlar ağırlıklandırılarak "toplam puan" hesaplandığında katılımcılar ortalama 49.5 puan almışlardır.

Tablo I. Hedef Kitlenin Konulara Göre Aldıkları Notların Dağılımı.
(Puanlama 100 üzerinden yapılmıştır.)

KONU	Ortalama Puan		Standart Sapma		Minimum	Maksimum
	Puan	±	Standart Sapma	Standart Sapma		
Aile planlaması ile ilgili sorular (9 soru)	66.2	+	18.5	18.5	0	100
Üreme sistemi anatomi- fizyolojisi (16 soru)	40.8	+	19.5	19.5	0	94
Doğum kontrol yöntemleri (23 soru)	45.1	+	25.7	25.7	0	96
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (6 soru)	64.7	-	29.9	29.9	0	100
Bütün konular (Toplam 54 soru)	49.5	+	18.8	18.8	0	93

* Konu alt başlıklarından alınan notlar ağırlıklandırılarak "toplam puan" hesaplanmıştır.

B. EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eğitim üç değişik materyalle verilmiş ve eğitimin bilgi düzeyi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Tablo II'de eğitim verilen konulara göre katılımcıların aldıkları puanlar, eğitim materyallerine göre verilmiştir.

Tablo II. Eğitim Verilen Konulara Göre Katılımcıların Aldıkları Puanlar.

Konu Eğitim Materyali	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p #
	Ortalama puan *	Standart sapma	Ortalama puan *	Standart sapma	
Aile Planlaması					
Yansı ile eğitim**	49.8	29.6	85.8	12.3	0.0001
Resimli Kitap**	41.3	31.9	80.0	18.8	0.0001
Broşür**	46.1	30.1	83.0	16.1	0.0001
Üreme Sistemi Anatomi - Fizyolojisi					
Yansı ile eğitim	32.4	24.9	74.6	16.5	0.0001
Resimli Kitap	23.7	20.0	58.7	23.4	0.0001
Broşür***	28.3	23.0	29.8	21.9	0.08
Doğum Kontrol Yöntemleri					
Yansı ile eğitim	27.1	27.5	72.1	21.8	0.0001
Resimli Kitap	20.5	25.0	69.2	24.8	0.0001
Broşür	24.2	25.6	69.1	22.1	0.0001
Bütün Konular					
Yansı ile eğitim	33.5	23.5	75.8	14.9	0.0001
Resimli Kitap	25.8	21.1	67.6	20.2	0.0001
Broşür	30.0	22.8	57.7	14.9	0.0001

* Puanlama 100 üzerinden yapılmıştır.

** Yansı ile eğitimde n=125, Resimli kitap ile eğitimde n=60, Broşür ile eğitimde n=60'ur.

*** Broşür eğitiminde üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi anlatılmamıştır.

iv İki eş grup arasındaki farkın önemliliği testi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların AP konusundaki ortalama bilgi puanı; yansı ile verilen eğitim öncesi 49.8 iken eğitim sonrası 85.5, resimli kitap ile verilen eğitim öncesi 41.3 iken eğitim sonrası 80.0, broşür verilmeden önce 46.1 iken broşür verildikten sonra 83.0 olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi bilgi puanları ile eğitim sonrası bilgi puanları arasındaki farklılıkların her üç materyal için de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.001) (Tablo II).

Üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi konusunda katılımcıların ortalama bilgi puanı; yansı ile verilen eğitim öncesi 32.4 iken eğitim sonrası 76.4, resimli kitap ile verilen eğitim öncesi 23.7 iken eğitim sonrası 58.7 olarak saptanmıştır. Katılımcıların eğitim öncesi bilgi puanları ile eğitim sonrası bilgi puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Broşür dağıtılan grupta ise ortalama bilgi puanı, broşür dağıtılmadan önce 28.3 iken broşür verildikten sonra 29.8 olarak saptanmıştır. Broşür dağıtılmadan önceki bilgi puanı ile broşür dağıtıldıktan sonraki bilgi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların DKY konusundaki ortalama bilgi puanı; yansı ile verilen eğitim öncesi 27.1 iken eğitim sonrası 72.1, resimli kitap ile verilen eğitim öncesi 20.5 iken eğitim sonrası 69.2, broşür verilen grubun bilgi puanı ise eğitimden önce 24.2 iken eğitimden sonra 69.1 olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi DKY konusundaki bilgi puanları ile eğitim sonrası bilgi puanları arasındaki farklılıkların her üç materyal için de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Bütün konular göz önüne alındığında yansı ile verilen eğitim öncesi katılımcıların bilgi puanı 33.2 iken eğitim sonrası 75.8, resimli kitap verilen grupta eğitim öncesi 25.8 iken eğitim sonrası 67.6, broşür verilen grupta ise eğitim öncesi 30.0 iken eğitim sonrası 57.7 olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi bütün konulara ait bilgi puanları ile eğitim sonrası bilgi puanları arasındaki farklılıkların üç materyal için de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo II).

Tablo III'te bütün konularda (AP, Üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi ve DKY) üç değişik materyalin bilgi düzeyine etkileri karşılaştırılarak verilmiştir.

Tablo III. Bütün Konular Gözönüne Alındığında Üç Değişik Eğitim Materyali ile Verilen Eğitimlerin Etkinliklerinin Karşılaştırılması.

Eğitim Materyali**	Başarılı *		Başarısız		RE (Güven aralığı)	AE	EO
	sayı	%	sayı	%			
Yansı	Eğitim öncesi	27	21.6	98	78.4	8.9	
	Eğitim sonrası	114	91.2	11	8.8	(5.0 - 15.8)	69.6 88.8
Resimli kitap	Eğitim öncesi	6	10.0	54	90.0	3.9	
	Eğitim sonrası	46	76.7	14	23.3	(2.4 - 6.1)	66.7 74.1
Broşür***	Eğitim öncesi	10	16.7	50	83.3	3.8	
	Eğitim sonrası	47	78.3	13	21.7	(2.3 - 6.3)	61.6 73.9

* 100 üzerinden yapılan değerlendirmede 50 puan ve üzerinde alanlar.

** Yansı ile eğitimde n=125, Resimli kitap ile eğitimde n=60, Broşür ile eğitimde n=60'dir.

*** Broşür eğitiminde üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi anlatılmamıştır. Toplam puan hesaplanırken bu konu dahil edilmemiştir.

Yansı ile verilen eğitim (bütün etkinin eğitimlere bağlı olduğu kabul edildiğinde) "bütün konulardaki" bilgi düzeyini eğitim öncesine göre 9 kat artırırken (RE=8.9), resimli kitap ile verilen eğitim 4 kat (RE=3.9), broşürle verilen eğitim yine 4 kat (RE=3.8) artırmıştır. Bütün konular gözönüne alındığında bilgi düzeyini eğitim öncesine göre en fazla artıran materyalin "yansı ile verilen eğitim" olduğu görülmektedir.

Bütün etkinin eğitime bağlı olduğu kabul edildiğinde "bütün konularda", yansı ile verilen eğitimin başarıya etkisi yaklaşık %89 (EO=%88.8) iken, resimli kitap ile verilen eğitimin başarıya etkisi %74 (EO=%74.1) olarak saptanmıştır. Broşürle verilen eğitimin başarıya etkisi yine %74 (EO=%73.9) tür. Bütün konular gözönüne alındığında, başarıya etkisi en fazla olan eğitim materyalinin "yansı ile verilen eğitim" olduğu görülmektedir.

Tüm etkinin eğitime bağlı olduğu kabul edildiğinde "bütün konularda" yansı ile verilen eğitim, eğitim öncesi başarısız olan 100 kişiden 70'nin başarılı olmasını sağlarken (AE=%69.6) resimli kitap, eğitim öncesi başarısız olan 100 kişiden 67'sinin (AE=%66.7), broşür ise eğitim öncesi başarısız olan 100 kişiden 62'sinin (AE=%61.6) başarılı olmasını sağlamıştır. Atfedilen etkinliği en fazla olan eğitim materyalinin "yansı ile verilen eğitim" olduğu görülmektedir (Tablo III).

Tartışma ve Sonuç: Son 20 yılda birçok ülkede erkeklerin AP'ye katılımını artırıcı çabalar yapılmışsa da ülkemizde bu alana yönelik çabalar henüz gerçekleşmemiştir (8, 15, 24). Yapılan kaynak taramasında erkeklerin AP konusunda eğitimlerine yönelik olarak ülkemizde geliştirilen eğitim materyal(ler)'ine ve genç erişkinlere yönelik müdahale araştırmasına rastlanmamış olması da bu alanda çalışma yapılması gerekliliğinin bir göstergesidir. Bu çalışma Silahlı Kuvvetler bünyesinde gerçekleştirilmiş olmasına karşın AP konusunda (her erkeğin askerlik görevi yaptığı düşünülürse) ulusal düzeyde olumlu katkılar sağlayacaktır.

Sağlık eğitiminde; eğitim konusunun hedef kitlenin ilgisini çekmesi ve eğitilenlerin güdülenmelerinin sağlanması önemli ilkelere (1, 10, 11, 14). Yapılan gözlemlerden hareketle materyallerde hemen her fırsatta bu bilgileri öğrenirlerse ne kazanacakları (sevdiklerinin sağlıklı olması ve mutlu bir yuva) anlatılmış, eğitime güdülenmeleri sağlanmaya çalışılmıştır.

Sağlık eğitiminin bir diğer ilkesi eğitimin sürekli olmasıdır (4, 11). Ancak bu çalışma 1997 yılı ile sınırlandırılmıştır. Verilen eğitimin sürekli olması; geliştirilen eğitim materyallerinin askeri birliklerde gece dersi altındaki eğitimlerde kullanılmak üzere çoğaltılması-dağıtılması ve rutin olarak AP eğitimlerinde kullanılması ile başarılabilir. Ancak yeni materyallerin geliştirilebileceği, geliştirilen bu materyallerin kalıcı olamayacağı planlamaların ve materyallerin değiştirilebilir (elastik) olması gerektiği unutulmamalıdır (2, 11, 21).

Hedef kitle analizi 77/1 dönem erbaş ve erlerin tanımlanmasıyla yapılmasına karşın eğitim uygulaması 77/2 dönem erbaş ve erlerde yapılmıştır. Yılda dört kez yapılan askere alma işlemleriyle; her dönemde askere alınan grupların birbirine yakın özelliklerde olduğu kabul edilerek, eğitim verilecek dönemin (77/2) hedef kitle analizi yapılmamıştır.

Bunun yanında; geliştirilen eğitim materyallerinin geniş bir kesime yönelik materyaller olduğu göz önüne alınırsa askere geliş dönemleri arasındaki küçük farklılıklar önemli değildir.

Geliştirilen materyallerde kullanılan logo (kalp içinde a ve p harfleri), broşürde sayfa kenarlarına yerleştirilen (gün sayma takvimi) sayılar hedef kitlenin sosyodemografik özellikleri yanında yaşam koşulları ve psikografik özelliklerinin gözlemlenmesinden hareketle geliştirilmiştir.

Yansı ile verilen grup eğitimi, eğiticinin niteliğini ön plana çıkarmaktadır (19). Yansı kullanma becerisini kazanmanın çok zor olmadığı düşünülürse; eğiticinin anlatacağı konuları sırayla anlatmaması, derse yoğunlaşmaması ve anlatması gereken yerleri unutmaması bir sorun olarak görülebilir. Bu sorun eğiticiler için bir kontrol formu geliştirilerek aşılına çalışılmıştır.

Olanakların kısıtlılığı nedeniyle eğitim materyalinin daha fazla çoğaltılmaması, eğitim uygulama grubunun büyüklüğünü belirlemede ana unsur olup bu çalışmanın sınırlılığıdır.

Eğitim uygulamalarından 2 gün sonra bilgi düzeylerinin saptanmış olması bilgi düzeylerindeki artışların kısa süreli olduğunu, uzun erimde bilgi düzeyindeki artışların azalabileceğini düşündürülebilir. Bu amaçla özellikle broşür eğitimi verilen grubun izleme alınması planlanmıştır. Bilgilerin uzun süre anımsanmasında eğitim materyali yanında eğitim materyalini sunum şeklinin etkili olduğu da bilinmektedir (18). Burada eğiticilerin niteliği, katılımcı yöntemler uygulayarak (özellikle yansı ile grup eğitiminde) eğitim vermeleri ön plana çıkmaktadır. Ancak bu sorunun asıl yanıtı, uzun erimli izlem ve değerlendirme çalışmaları yapılarak verilebilir.

Eğitim materyallerinin etkinliği değerlendirildiğinde; eğitim verilen bütün konular gözönüne alındığında yansı eğitiminin relatif etkinliği, eğitime atfedilebilecek etkinliği ve etkinlik oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Resimli kitap ve broşürün ise birbirine yakın etkinlikte oldukları saptanmıştır (Tablo III). Bu nedenle yansı ile verilen eğitimin etkinliğinin daha fazla olduğu (yüzyüze verilen eğitimle tutum ve davranış değişikliği oluşturmanın daha kolay olduğu da düşünülürse) söylenebilir.

Sonuç olarak; geliştirilen eğitim materyallerinin üçü de AP konusunda bilgi düzeyini anlamlı düzeyde artırmıştır. Eğitim materyallerinin etkinlikleri karşılaştırıldığında; yansı ile grup eğitimi diğer materyallere göre daha etkili olarak saptanmıştır.

Öneriler: Yansı ile grup eğitimi diğer materyallere göre daha etkili olarak saptanmıştır. Bu materyal aynı zamanda tutum ve davranış değişikliğini sağlayabilme (yüzyüze eğitimin özelliği) özelliğinden dolayı erbaş ve erlerin AP eğitimlerinde tercih edilmesi ancak sadece bu materyalle yetinmemelidir.

Alınacak onay ile materyallerin çoğaltılarak ülke çapında askeri birliklere dağıtılmasının, eğitimi yaygınlaştıracağı düşünülebilir. Böylece ülkemiz nüfusunun AP konusunda eğitimine olumlu katkılar sağlanacaktır.

Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Gn Md.'den alınacak desteklerle video ve/veya slayt ile konferans salonlarında kalabalık gruplara (300-500 kişiye aynı anda) eğitim verilebileceği düşünülebilir. Bu eğitimlerde; görsel eğitim anlamında herkese örneğin bir prezervatif dağıtılarak görmemiş olanların görmesi sağlanabilir.

Yeni materyaller geliştirilerek (çizgi roman, bulmaca, poster vb) bu konuya katkılar sağlanabilir. Geliştirilecek materyallerin tümünde aynı görsel ve sözel semboller kullanılarak eğitimin geniş çaplı olarak etkinliği artırılabilir. Bu amaçla geliştirilecek materyallerde aynı logo kullanılabilir.

AP eğitimini verecek kişilerin, erbaş ve erlere en yakın konumdaki sağlık personeli olarak Sağlık Astsubaylar olabileceği bilinmelidir.

Bu eğitimlerde en büyük şansımızın hedef kitleye her an ulaşabilme olanağımız olduğu unutulmamalı, AP eğitimine ulusal düzeyde katkı sağlayacak bu fırsat kaçırılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Abadan N.: Kitle İletişimi ve Kültür. AÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi s.65-72. Ocak-Aralık 1984.
2. Aikan C.: Eğitim Ortamları. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları No:85, Ankara, 1979.
3. Başaran İ. E.: Eğitime Giriş.7. Bası. Sevinç Matbaası, Ankara, 1989.
4. Fişek N.: Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Inv-WHO Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası Ankara 1985.
5. Green LW.: Prevention and Health Education. (Ed) Last JM. Public Health and Preventive Medicine. Chapter 29, pp 1089-1108. Appleton Lange Press. USA. 1992.
6. Güler Ç.: Sağlık Eğitimi. 3. Bası. Hatipoğlu Yayınevi. Ankara, 1987.
7. Hamzaoğlu O.: Epidemiyoloji Kursu 1994-95 Ders Notları (izni ile). GATA Halk Sağlığı ABD Ankara, 1995.
8. Health for All 2000. Impact of Family Planning Behaviour of Health Professionals Clients Family Planning Knowledge Attitude and Practice. EUR/ICP/MCP 522. EUR/HFA Target 15. WHO, Report, 1989.
9. İkibin Yılında Herkes için Sağlık Hedefleri. DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi Yayını, 1986.
10. İrgil E.: Sağlıkta Öncelikler. Toplum ve Hekim, 12 (77) Ocak-Şubat 1997.
11. Johns Hopkins School of Public Health Center for Communication Programs: Advances in Family Health Communication. Workshop notları, Tekirova, Antalya, Türkiye, 27 Nisan-9 Mayıs 1997.
12. Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, No:1, Ankara, 1990.
13. Küçükahmet L.: Öğretim Ülke ve Yöntemleri.5. Bası. Gazi Büro Kitabevi, Ankara, 1994.
14. Love J.: Dünyada Yetişkin Eğitime Toplu Bakış. (Çev.) Oğuzkan T.: Unesco Türkiye Milli Komisyonu. Ankara, 1985.
15. Men New Focus on Family Planning Population Reports Series, J. Number: 33, November-December, 1986.
16. Özvarış Ş.B.: Aile Planlaması Konusunda Etkili Bilgilendirme ve Eğitim Yöntemi Saptama Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara, 1992.
17. Piotrow T.P., Treiman A.K., Rimon J.G., Sung He Yun, Lozare B.V.: Strategies for Family Planning Promotion. World Bank Technical Paper Number 223. Washington DC.1994.
18. Sullivan R., Magarick R., Berghold G. et all.: Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals JHPIEGO Baltimore USA, 1995.
19. Tabak R.S.: Görsel-İşitsel Eğitim Araçları ve Materyal Üretimi. TC Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü. Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu: İletişim ve Eğitim Araçları. Materyal Üretimi, Etkili Kullanımı. Bölüm 2. Halk Eğitimi Geliştirme Projesi Yayın No:2. Ankara, 1996.
20. Tabak R. S.: İletişim ve Görsel İşitsel Teknik. TC Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü. Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu: İletişim ve Eğitim Araçları. Materyal Üretimi, Etkili Kullanımı. Bölüm 1. Halk Eğitimi Geliştirme Projesi Yayın No:2, Ankara, 1996.
21. Tekbaş Ö.F., Hasde M.: Mezuniyet Sonrası Eğitimdeki Astsubayların İlk Yardım Konusunda Eğitimleri. GATA Tıp Bülteni, yayımlanacak 1997.
22. Tezcan S.: Deneysel Epidemiyoloji Müdahale Araştırmaları. (Eds.) Bertan M., Güler Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde. Güneş Kitabevi. Ankara, 1995.
23. Tezcan S.: Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmalar Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No 92/1, Ankara, 1992.
24. Turkish Population and Health Survey (1988). Hacettepe University Institute of Population Studies Publication, Ankara, 1989.

ERKEKLERİN DOĞURGANLIK KONTROLÜNE KATILIMI

Prof. Dr. Ayla BAYIK (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği ABD)
Yük. Hem. Hülya BULUT (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Mezunu)

ÖZET

Kırıkkale Makina Kimya Endüstrisi Kurumu Fabrikasında çalışan erkeklerin doğurganlık kontrolüne katılımları ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla bu araştırma yürütülmüştür.

Tanımlayıcı kesitsel olarak planlanmış, alan araştırması kapsamına fabrikada çalışan 1000 erkekten %20 örneklem oranı ile basit tesadüfi örnekleme tekniği ile 200 erkek seçilmiş. veriler Temmuz-Ağustos 1996 tarihinde anket formu yardımı ile toplanmıştır.

Erkeklerin ilk evlilik yaşı ortalaması 21.8'dir. %60.0'ı 11 yıl ve daha uzun süredir evli olup, ideal çocuk sayısı 2.36'dır. Erkekler arasında hap, RIA, kondom ve geri çekmeyi bilme oranı yüksek, köpük, jel, iğne, tüp ligasyonu ve vazektomi yöntemleri bilme ve kaynaklarını tanıma düşüktür.

Erkeklerin yöntemlerin etkililik durumlarını bilme oranları iğne dışında (%11.0) oldukça yüksektir.

Erkeklerin %82.0'ı bugüne kadar herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanmış olup, halen %70.0'ı yöntem kullanmaktadır. Erkeklerin (eşleri ile birlikte) halen %24.3'ü RIA, %33.6'sı kondom, %24.3'ü hap, %16.4'ü geri çekme, %5.0'ı tüp ligasyonu, %0.7'si vazektomi, %1.4'ü köpük jel ile korunmaktadır. Erkekler; geri çekme ve kondoma yönelik olumsuz görüşler arasında doyum alamama ve kullanım zorluğunu, vazektomi için sağlığa zararlı oluşu ve geri dönüşünün olmamasını belirtmişlerdir.

Erkeklerin %88.0'ı aile planlamasına ilişkin bilgi almak istemektedirler. 20 yaş ve daha genç erkeklerin iğne ve kondomu bilme oranları düşüktür. Hap, RIA, köpük/jel, geri çekme ve geleneksel yöntemleri bilme oranı, eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır.

Elde edilen veriler ışığında toplumumuzda erkeklerin de aile planlamasına katılımlarının sağlanmasında örgütsel ve toplum eğitim programlarının geliştirilmesine yönelik öneriler getirilmiştir.

SUMMARY

MALE INVOLVEMENT IN FAMILY PLANNING

This study was implemented in order to investigate male involvement in family planning and to identify the factors effecting their involvement in Kırıkkale Machine Chemistry Industry Corporation factory. This descriptive and cross-sectional survey covered 200 workers selected by 20 percent sampling ratio and using simple random sampling technique from 1000 workers. Data collected by using a questionnaire form in July-August 1996 by the researchers. Mean age for men was 35.5, 58.0 percent of them had graduated from middle/high school, 43.5 percent of men were working as workers. Mean age at first marriage was 21.8, 60.0 percent of men were found to be married over 11 years. Ideal number of children was 2.36 for them. Percentages recognising family planning methods and availability among workers for pill, IUD, condom, withdrawal, spermicides, were found to be high, for infectable contraceptives and sterilization were found to be low. Most of the workers know about the methods protection level for pregnancy except for infectable contraceptives. 82.0 percent of men used ever a contraceptive methods. Already 70.0 percent of them were using a method. Methods already using by them were IUD (%24.3), condom (%33.6), pill (%16.4), withdrawal (%16.4), vasectomy (%0.7), tupe ligation (%5.0), spermicides (%1.4).

Men's negative attitudes towards withdrawal and condom were as follows: loss sexual pleasure, difficulty in using and Men also opposed for vasectomy for its side-effects and irreversible effect. 88 percent of men were eager to get more information about family planning.

Service delivery information education and communication interventions were suggested for male involvement in family planning.

Giriş: Cinsel yaşam ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kadınlar kadar erkeklere de haklar, rol ve sorumluluklar düşmektedir (2, 4, 17, 18, 19). Bu gerçeğin farkında olan ülkelerde son 20 yıldır erkekleri de hedef alan toplum çalışmalarının başlatıldığını görmekteyiz (3, 4, 8, 9). Erkek egemen toplumlarda yanlış inanışlar, kültürel etmenler ve danışmanlık içeren hizmetlerin yaygın bulunmaması, erkeğin doğurganlık kontrolünde sorumluluk almalarını engellemektedir (2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 18). 1990 yılında dünyada 45 milyon çiftin kondom, 41.5 milyon erkeğin vazektomi yaptırmış olmasına rağmen, halen Afrika'da erkekler arasında vazektominin tercih edilmediği, AIDS korkusu ile kondom kullanımında artış olduğu belirtilmektedir (2, 4, 14). Erkeklerin doğurganlık kontrolünde sorumluluk almalarında nedenler arasında yöntem seçeneklerinin kondom, vazektomi, geriçekme ve cinsel perhiz olarak sınırlı kalışı da belirtilmektedir (2). Ülkemizde erkeklerin aile planlamasına ilişkin bilgi tutum ve davranışlarına ait veriler çok azdır. Ülkemizde çiftlerin %62.0'ı herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanırken, bu kapsamda erkekleri %32.8 oranla (%26.2 geriçekme, %6.6 kondom) doğum kontrolüne katılmaktadırlar (15). Erkeklerin en fazla geri çekme ile korundukları fark edilmektedir (10, 11). Erkeklerin etkili/etkisiz yöntemlerle (%32.8) kadınlara benzer oranda doğurganlık kontrolüne katılmaları aile planlaması bilinçlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık kuruluşlarında ve işyerlerinde yürütülen çalışmalarda eğitim ve danışmanlık çabalarının etkisi ile erkeklerin yüksek oranda vazektomi yaptırmaları onların sorumluluk almaya hazır olduklarını, ancak motivasyona gerek duydıklarını açıkça göstermektedir (1, 10, 12, 16).

Amaç: Erkeklerin doğurganlık kontrolüne katılma davranışları ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla bu çalışma yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan bu alan araştırması Kırıkkale Makina ve Kimya Endüstri Kurumu Fabrikasında çalışan 1000 erkek arasından %20 örneklem oranı ile basit tesadüfi örnekleme tekniği ile seçilen 200 kişi üzerinde Temmuz-Ağustos 1996 tarihinde yürütülmüştür. Veriler kurum izni alındıktan sonra anket formu yardımıyla görüşme yapılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağlantıların anlamlılık derecesi bilgisayar yardımı ile ki-kare önemlilik testlerinden yararlanılarak incelenmiştir.

Bulgular ve Tartışma:

1. **Erkeklerin sosyo-demografik özellikleri:** Tablo 1'de görüldüğü gibi, erkeklerin yaş ortalaması 35.50'dür. %79.0'i ortaokul ve daha üzeri eğitim almıştır. %46.0'i memur statüsünde görev yapmaktadır. %79.5'i yaşamını en uzun süre ile şehircide geçirmiştir.

2. **Erkeklerin evlilik öyküsü ve eşlerinin doğurganlık özellikleri:** Erkeklerin ilk evlilik yaşı 21.79 olarak oldukça genç ve ülkemiz kadınlarının evlilik yaşına yakın bulunmuştur (15).

Erkekler için ortalama evlilik süresi 13.5 yıldır. 1-2 çocuğu ideal bulanların oranı %65.5'dir. Erkeklerin eşlerinin %36.0'sının en az bir kez isteyerek düşük yapması ve 1.93 olan ortalama çocuk sayısı, ailelerin aile planlaması yöntem kullanımı gereksinimlerini ortaya koymaktadır (Tablo 2).

3. **Erkeklerin gebelik önleyici yöntemleri tanıma ve nereden sağlandığını bilme durumları:** Erkeklerin köpükjel (%33.0), iğne (%37.0) yöntemlerini ve nereden sağlanacağını en az diğer yöntemleri ve kaynaklarını ise yüksek oranda bildikleri Tablo 3'de görülmektedir. Erkeklerin yöntemleri tanımaları, 1993 TNSA sonuçlarına göre kadınların bilme yüzdelerine benzerdir (15). Özvarış ve arkadaşlarının Cubukta yürüttükleri bir araştırmada saptanan ve erkeklerin yöntem bilgilerine ve yine Bicer'in Ankara Demiryolu Fakültesinde işçilerin yöntem bilgilerine göre daha yüksektir (11, 12).

Erkekler %73-%82.5 gibi değişen yüksek oranlarda RİA, tüp ligasyonu, vazektomi, kondomun etkili olduğunu bilmektedirler. 16-yaşın etkili olduğunu erkeklerin ancak %11.0'i, hapın etkili olduğunu ise yalnızca %57.51 bilmektedir (Tablo 4). Erkeklerin %24.5'i gerçeğeminin, %15.5'i köpükjelin etkili olduğunu inanmaktadır (Tablo 4).

Kadına yönelik beş yöntemin etkinliğini bilen erkekler %15, dört yöntemin etkinliğini bilen %35.5 iken, erkeğe yönelik dört yöntemin etkinlik durumunu bilenler ise %41.5'tir. Bu sonuçlar erkeklerin bilgilerinin eksik ve hatalı olduğunu göstermektedir. Yanlış bilgilerinde davranışa yansımaları ile doğurganlığa yönelik beklentilerin olumsuz etkileneceği ve yöntemlerden de yeterince yararlanamayacağı düşünülmüştür.

4. **Erkeklerin ve eşlerinin gebelik önleyici yöntem kullanma durumları:** Erkeklerin epleri ile birlikte %82.0'i bugüne kadar herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanmıştır.

Erkeklerin eşleri ile birlikte halen %70.0'i gebelik önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Bu oran ülke geneline göre biraz daha yüksektir (15). Kondom, hap, geri çekme ve RİA en fazla kullanılırken, tüp ligasyonu ve vazektomi kullanımı oldukça düşük oranlardadır (Tablo 5). Araştırma kapsamında kalan erkeklerin doğum kontrolünde sorumluluk almaları (%50.7) eşlerin yüklenmiş oldukları sorumluluk oranına (%49.3) benzerdir. Kondom kullanma oranı da (%24.5) ülke geneline (%6.6) göre daha yüksek, gerçeğme ile korunma (%16.4) ülke geneline (%26.2) göre daha düşük bulunmuştur (15). Bu farkın erkeklerin eğitim düzeylerinin yüksek olması, bilgi kaynaklarındığı düşünülmüştür.

Araştırma kapsamında yöntem kullanmayan erkekler (60) gerçeğme olarak çocuk isteme (%40), dine aykırı olması (%23.3), sağlığa zararlı olması (%15.0) ve diğer (%21.7) nedenleri belirtmişlerdir. Yöntem kullanıma yüksek oranda dine aykırı bulunmasına rağmen, Nijerce 1995 yılında Kadın İslam ve Aile Planlaması Konferansında Kur'an ve Hadislerin gebelik önleyici yöntem kullanmayı yasaklamadığı özellikle belirtilmiştir (7). Erkeklerin kondom kullanımına ilişkin beklentileri olumsuz görüşler arasında yeterince doyum alınmaması (%33.3), ilişkiye kayıp çıkması (%28.0), cefak olma tehlikesi (%34.7) saptanmıştır. Benzer şekilde gerçeğme ile korunmaya ilişkin belirtilen olumsuz görüşler kapsamında zevk alınmaması (%32.9), gebe bırakması (%25.0), psikolojik rahatsızlık (%21.6), diğerleri (%14.8) saptanmıştır. Erkeklerde vazektomi yöntemine ilişkin en yaygın olumsuz görüşler arasında geri dönüşümünün alınmaması (%33.5) ve sağlığa zararlı olması (%32.7) özellikleri belirlenmiştir.

Erkeklerin %23.0'i gebelik önleyici yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerini çok iyi bulmaktadır. %47.0'i bu bilgilerini kitile iletişim araçlarından sağladığını belirtmiştir. Hekimlerden (%29.0) ve hemşirelerden (%16.0) öğrenme oranının düşük bulunması sağlık personelinin bu konuda eksik kalıcığını açıkça göstermektedir. Erkeklerin %80.0'i bilgi almaya isteklidir ve bilgilerini en fazla hekimlerden (%47.5) ve hemşirelerden (%23.0) almak istediklerini söylemişlerdir. Bu sonuçlar da, sağlık personelinin eğitim ve danışmanlık hizmetlerini bekleyen motive bir grubun varlığını ortaya koymaktadır.

Erkeklerin yaş gruplarına göre gebelik önleyici yöntemleri (hap, RİA, köpükjel, tüp ligasyonu, vazektomi, gerçeğme) bilme durumları arasında yapılan ayrı ayrı analizlerde anlamlı farklar bulunmamışken ($\chi^2=1.92$ $p>0.05$, $\chi^2=3.69$ $p>0.05$, $\chi^2=2.99$ $p>0.05$, $\chi^2=4.40$ $p>0.05$, $\chi^2=3.67$ $p>0.05$, $\chi^2=0.09$ $p>0.05$) 20 yaşın küçük erkeklerin küçük ve jeli ve prezervatif bilme oranlarının daha düşük olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. ($\chi^2=7.06$ $p<0.05$, $\chi^2=12.16$ $p<0.05$).

Yine eğitim düzeyleri yükseldikçe erkeklerin hap, RİA, köpükjel, prezervatif, gerçeğme yöntemlerini daha iyi bildikleri yapılan ayrı ayrı analizlerde belirlenmiştir ($\chi^2=8.58$ $p<0.05$, $\chi^2=10.18$ $p<0.05$, $\chi^2=14.22$ $p<0.05$, $\chi^2=9.68$ $p<0.05$).

Tüm yöntemleri kullanma durumunun erkeklerin yaş gruplarına göre değişmediği saptanırken, hap kullanımı dışında diğer tüm yöntemlerle korunmanın erkeklerin eğitim düzeylerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonuçları, erkekler arasında kadına ve erkeğe yönelik gebelik önleyici yöntemleri bilme ve kaynaklarını tanıma oranlarının yüksek olduğunu, çiftlerin %70.0'inin herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullandığını, erkeklerin eşlerine yakın oranda doğurganlık kontrolünde sorumluluk aldığını, prezervatif ve vazektomi yöntemlerine ilişkin olumsuz görüşleri olduğunu, eğitim ihtiyaçlarını belirterek aile planlamasına yönelik eğitim ve danışmanlığa açık motive bir grup özelliği taşıdıklarını göstermiştir.

Tüm bu sonuçlar göz önüne alınarak:

Ülkemizde sağlık örgütlerinde ve iş yerlerinde erkeğin de aile planlaması hizmetlerinden yararlanabilmeleri için gerekli girişimler, düzenlemeler kapsamında, sağlık personeli eğitim ve danışmanlık bilgi becerileri ile donatılmış olmalı. Aile planlaması konusunda erkeklerin motivasyonlarını etkileyen etmenlerin belirlenmesi için araştırmalar yapılmalıdır (8). Medya ve politikacılar duyarlılaştırılmalı, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde erkek ve kadın birlikte ele alınmalı, erkeğin gereksinimleri, seçimleri ve üreme sağlığı hakları göz önüne alınarak, erkeğin kullanabileceği araçlar ve yöntemlerin geliştirilmesi doğrultusunda bilimsel çalışmalar artırılmalıdır.

Tablo 1: Erkeklerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE
Yaş Grubu		
20 yaş altı	10	5.0
20-39	103	51.5
40-49	70	35.0
50 + ↑	17	8.5
Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil/Okur yazar	8	4.0
İlkokul bitirmiş	34	17.0
Ortaokul/Lise bitirmiş	116	58.0
Yüksekokul/Fakülte bitirmiş	42	21.0
Çalışma Statüsü		
İşçi	87	43.5
Memur	92	46.0
Serbest Meslek	21	10.5
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden fazla	29	14.5
Gelir gidere eşit	72	36.0
Gelir giderden az	99	49.5
En Uzun Süre ile Yaşadığı Yerleşim Birimi		
Köy	26	13.0
Kasaba	15	7.5
Şehir	130	65.0
Büyükşehir	29	14.5
TOPLAM	200	100.0

x = 35.5

Tablo 2: Erkeklerin Evlilik Öyküsü ve Eşlerinin Doğurganlık Özellikleri

EVLİLİK ÖYKÜSÜ	SAYI	YÜZDE
Evlilik Yaşı		
15 yaşın altında	3	1.5
15-19	43	21.5
20-24	105	52.9
25-29	42	21.0
30 + ↑	7	3.5
Evlilik Süresi		
1 yıldan az	3	1.5
1-5 yıl	54	27.0
6-10 yıl	23	11.5
11 yıl + ↑	120	60.0
İdeal Çocuk sayısı		
1-2	131	65.5
3-4 + ↑	69	44.5
EŞİN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ		
Canlı doğup ölen çocuk		
0	168	84.0
1	22	11.0
2 + ↑	10	5.0
Ölü doğan çocuk		
0	188	94.0
1	8	4.0
2 + ↑	4	2.0
İsteyerek düşük sayısı		
0	128	64.0
1	31	15.5
2 + ↑	41	20.5
Gebelik sayısı		
0	28	14.0
1	34	17.0
3 + ↑	106	53.0
Yaşayan çocuk sayısı		
0	28	14.0
1	40	7.5
2	128	65.0
3 + ↑	10	13.5

x = 21.79

x = 13.55

x = 2.36

x = 0.25

x = 0.095

x = 0.69

x = 2.75

x = 1.93

Tablo 3: Erkeklerin Gebelik Önleyici Yöntemleri Tanıma ve Nereden Sağlanacağını Bilme Durumuna Göre Dağılımı

YÖNTEMLER	Tanıyan		Nereden Sağlanacağını Bilen	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hap	170	85.0	169	84.5
RIA	165	82.5	167	83.5
İğne	74	37.0	87	43.5
Köpük/Jel	66	33.0	71	35.5
Kondom	173	86.5	171	85.5
Tüp ligasyonu	154	77.0	154	77.0
Vazektomi	134	67.0	135	67.5
Geriçekme	176	88.0	-	-
Diğer geleneksel yöntemler (Takvim, Vajinal duş)	111	55.5	-	-

Tablo 4: Erkeklerin, Gebelik Önleyici Yöntemlerin Etkili ya da Etkisiz Koruma Özelliklerini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

YÖNTEMLER	Etkili Korur		Etkisiz Korur		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hap	115	57.5	85	42.5	200	100.0
RIA	146	73.0	54	27.0	200	100.0
İğne	22	11.0	178	89.0	200	100.0
Köpük/Jel	31	15.5	169	84.5	200	100.0
Tüp ligasyonu	165	82.5	35	17.5	200	100.0
Prezervatif	146	73.0	54	27.0	200	100.0
Geriçekme	49	24.5	151	75.5	200	100.0
Vazektomi	155	77.5	45	22.5	200	100.0

Tablo 5: Erkeklerin ve Eşlerinin Kullandıkları Gebelik Önleyici Yöntemlerin Dağılımı

YÖNTEMLER	Sayı	Yüzde
Hap	34	24.3
RIA	20	14.3
İğne	6	4.3
Köpük/Jel	2	1.4
Kondom	47	33.6
Tüp ligasyonu	7	5.0
Vazektomi	1	0.7
Geriçekme	23	16.4
Toplam	140	100.0

KAYNAKLAR

1. Biçer. S. TCDD Ankara Demiryolu Fabrikasında çalışan erkek işçilerde eğitimin aile planlaması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarına etkisinin araştırılması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 12-16 Eylül 1994. Didim. 73-75.
2. Chikamata, D.M. Male needs and responsibilities in family planning and reproductive health. Planned Parenthood Challenges No:2. 1996. 9-10.
3. De Souza, L. Men's absence in family planning Clinics. Planned Parenthood in Europe. 19:3, 1990, 5-6.
4. Helzner, J. Gender equality. Remains the objective Planned Parenthood Challenges No: 2, 1996, 4-7.
5. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Erkekler Aile Planlaması. Kaynak. Aşama Matbabaacılık Şubat, 1992. s.1.
6. IPPF. Male Involvement in Family Planning: Some Approaches for FPAs, 1981. London.
7. IPPF. Clarifying Islamic Women's rights. Open File May/June 1997 (1997/3), 4.
8. IPPF. Men's as partners. Open File May/June 1997.26.
9. Ketting, E. Male Involvement: current status and future needs. Planned Parenthood Challenges No: 2, 1996.30-33.
10. Köseli, A. Fabrika İşçilerinde Eğitimin Aile Planlaması Bilgi Tutum ve Davranışına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İş Sağlığı Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 1993.
11. Okumuş, H. Kadınların Kullandıkları Gebelik Önleyici Yöntemler ve Etkin Yöntem Kullanmama Nedenleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı (Doktora Tezi) İzmir, 1984.
12. Özvarış, Ş.B., Doğan, B.G., Akın, A. Türkiye'de Erkeklerin Aile Planlamasına Katılımları. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.12-16/10/1996, İstanbul.
13. Potts, M. The Male Point of View. Planned Parenthood Challenges, No: 2, 1996, 2-3.
14. Roudi, F. et al. Men and Family Planning in Africa. Washington, DC: Population Reference Bureau, July 1996.
15. Sağlık Bakanlığı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Macro International Inc 1994, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara.
16. Turan, J.M. ve diğerleri. İstanbul'da doğum sonrası dönemde aile planlaması ve aile sağlığı: Babaların Katılımı. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 12-16/10/1996, İstanbul. 34-36.
17. UNDP/UNFPA/WHO. Progress. The Global burden of Reproductive ill-health. No: 42, p.2-3, 1997.
18. UNFPA. Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health. Technical Report No: 28.1995. New-York
19. WHO. Achieving Reproductive. Health for All. The Role of WHO.1995. Geneva.

**İZMİR'DE EĞİTİM HASTANELERİNDE ÇOCUK İSTİSMARI TANISI ALAN OLGULARLA İLGİLİ
İZMİR ÇOCUK İSTİSMARI ARAŞTIRMA GRUBUNUN ONSEKİZ AYLIK DENEYİMİ**

*Dr. Resmîye ORAL, **Doç. Dr. Hamit HANCI, *Dr. Demet CAN, *Dr. Şükrüye KAPLAN, ***Doç. Dr. Süha MİRAL, ****Dr. Nil TEPELİ, *****Sos. Hiz. Uz. Ayşe Gülsen BULGUÇ, *Psik. Sevda POLAT, *Sos. Hiz. Uz. Neriman ATEŞ, *Dr. Nedret URAN, *****Avk. Beydağ TIRAŞ, *****Doç. Dr. Sezen ZEYTİNOĞLU, *****Doç. Dr. Şeyda AKSEL, *****Doç. Dr. Işın YAPRAK

*Dr. Behçet Uz. Çocuk Hastanesi,
**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı,
***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
****Atatürk Devlet Hastanesi,
*****İzmir Sosyal Hizmetler Müdürlüğü,
*****İzmir Barosu,
*****Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bilim Dalı,
*****Tepecik SSK Çocuk Hastanesi

ÖZET

Amaç: Toplumda var olduğunu bildiğimiz çocuk istismarı olgularının hastanelerimizde de karşımıza çıkmakta olduğunu ve multidisipliner bir ekibin bu olgulara tıbbi ve sosyal olarak destek olabileceğini göstermek.

Material-Method: İzmir'deki beş eğitim hastanesi, İzmir Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (SHM) ve İzmir Baro'sunun katılımıyla oluşturulan İzmir Çocuk İstismarı Ekibinin üyelerine tanı konulan olguları bildirmek için bir form dağıtıldı. Olguların tıbbi, sosyal ve demografik özellikleri belirlenip SHM'e izlenmek üzere bildirildi.

Bulgular: 32 olgunun özellikleri şöyle idi: Hastane dağılımı: Dr. Behçet Uz. Çocuk Hastanesi %59; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi %19; Ege Üniversitesi Hastanesi %13; Tepecik Sosyal Sigortalar Hastanesi %6; Atatürk Devlet Hastanesi %3. Yaş ve cins dağılımı: İki ay 25 yaş; %41 erkek, %59 kız. İstismarcı: Baba %72, anne %34, birden fazla %19. İstismar tipi/lezyon: Encest/cinsel istismar %38, boğma %13, ağır ihmâl %13, kırık %9, zehirlenme %9, yakma %6, intrakraniyal kanama %6, yumuşak doku lezyonu %6, saf psikolojik istismar %3. Yüzde 94'ünde birden fazla çocuk istismarı risk faktörü saptandı. Yüzde 72'si SHM'e bildirildi ve bunların %52'si izlenebildi. Yüzde 56'sı ekibimizin desteğiyle normal uyum ve sağlığına kavuştu. Yüzde 13'ü öldü, %31'i izlenemedi.

Sonuç: Çocuk İstismarının bizim hastanelerimizde de tıbbi bir sorun olarak önemli bir antite olduğu ve her Çocuk Hastanesi/Kliniğinin istismar sürecini kesintiye uğratmak için böylesi bir multidisipliner ekibe gereksinimi olduğu düşünülmektedir.

SUMMARY

Aim: To prove that cases of child abuse which is known to be prevalent in the community do refer to hospitals and a multidisciplinary group may medically and socially interfere with them.

Material-Method: A format to report abuse cases was presented to the members of the İzmir Child Abuse Follow-up Team from five training hospitals, İzmir Regional Social Affairs Bureau (RSAB) and İzmir Bar. Medical, social and demographic features of them were determined and they were reported to RSAB for follow-up.

Findings: The features of these 32 cases are as follows: Hospital distribution: Dr. Behçet Uz. Children's Hospital 59%; Dokuz Eylül University Hospital 19%; Ege University Hospital 13%; Tepecik Social Security Hospital 6%; Atatürk State Hospital 3%. Age and sex distribution: Two months to 25 years; 41% male, 59% female. The offender: Father 72%, mother 34%, multiple 19%. Abuse type/lesion: Incest/sexual abuse 38%, smothering 13%, severe neglect 13%, fractures 9%, poisoning 9%, burn 6%, intracranial hemorrhage 6%, soft tissue injury 6%, pure psychological abuse 3%. More than three child maltreatment risk factors were present in 94% of the cases. Seventy-two percent was reported to RSAB and 52% of them was followed-up. Fifty-six percent gained acceptable health by the team's support, 13% died, 31% failed with follow-up.

Result: Child maltreatment does exist in hospitals as a medical entity, and every children's hospital/department needs such a team to increase diagnosis establishment to interrupt maltreatment course.

Giriş: Ülkemizde Çocuk İstismarı (Çİ) konusundaki duyarlılık son yıllarda gelişmeye başlamış ve konunun sorumluluğunu 70'li yıllardan beri taşıyan eğitimci ve hukukçuların yanısıra hekimler de bu alanda çalışmalarına başlamışlardır (1-4). Çİ'nin boyutlarını anlamak için birkaç rakam yetecektir. ABD'de 15 yaş altında hastaneye başvuran çocuklar arasında Çİ sıklığı 2.7/1000 olarak bildirilmektedir (5-8). İngiltere'de haftada dört çocuk Çİ ve ihmâl nedeniyle ölmekte, dört yaş altında her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır (1). Türkiye'de ise Bilir, 16000 çocuktaki yaptığı alan çalışmasında fiziksel istismar oranını %33.5 bulmuştur (9). Dr. Behçet Uz. Çocuk Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran çocuklar arasında yapılan araştırmada da %36 oranında fiziksel ve duygusal istismar saptanmıştır (2).

Bu konuda çalışan tüm yazarların üzerinde birleştiği konu, Çİ ile ilgili duyarlılığı arttırmak ve konunun bilimsel olarak ele alınmasını sağlamak için başlangıçta yapılması gereken en önemli şeyin tanımlanan olguların disiplinlerarası tartışılması ve yayınlanması olduğu şeklindedir (10-13). Bu nedenle İzmir'de biraraya gelen doktor, avukat, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, eğitimci gibi değişik mesleklerden bir grup araştırmacı 1996 yılından beri İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubu (İÇİAG) olarak çalışmaya başlamıştır. Bu grup pek çok etkinliğin yanısıra İzmir'in eğitim hastanelerinde Çİ tanı olanaklarını da arttırmayı hedeflemiştir. Bu çalışma ile ülkemizdeki hastanelere de Çİ olgularının başvurduğunu göstermek amaçlanmıştır. Ayrıca multidisipliner bir ekibin bu olgulara hem tanı olanaklarını arttıracaklarını hem de uygun destek programını başlatarak istismar sürecini kesintiye de uğratabileceğini göstermek amaçlanmıştır.

Material-Method: Bu çalışmaya İzmir'deki beş eğitim hastanesinden hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanları, yanısıra İzmir Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (SHM) ve İzmir Barosu katılmışlardır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi, Atatürk Devlet Hastanesi'nden bir aile hekimliği asistanı, Tepecik SSK Hastanesi Çocuk Hastanesi'nden bir klinik şefi ve Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk İstismarı İzlem Ekibinin (iki pediatrist, bir psikiyatrist, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir pediatrik nörolog) katılımıyla bu çalışma yürütülmüştür. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk İstismarı İzlem Ekibinin başını çektiği bu grup (ÇİAG) üyelerine Çİ tanısı konulduğu takdirde doldurulmak üzere form dağıtılmıştır. Bu formlarda ad, soyad, adres, cins, yaş, tanı konulan hastane, tanı tarihi, ailedeki çocuk sayısı, indeks olgunun ailedeki sırası, özgeçmiş ve soygeçmiş, aile yapısı, ebeveynlerle ilgili ad, yaş, iş, fiziksel/ruhsal hastalık, eğitim ve sosyo-ekonomik düzey, çocuklukta istismar edilmiş olma, madde ve alkol bağımlılığı, evlilik sorunları ve aile içi şiddet gibi demografik bilgiler edinilmiştir. Bu bilgiler çocuğu hastaneye getiren ebeveynlerden alınmıştır. İstismarcı, istismar tipi, süresi ve şiddeti belirlenmiş, izlem ile ilgili bilgiler de periyodik olarak kaydedilmiştir. Bu çalışma prospektif olmakla birlikte belli bir zaman diliminde hastanelerimize başvuran tüm olguları taramayı amaçlamamıştır. Konuyla ilgili çalışan arkadaşların günlük pratikleri sırasında karşılaştıkları olguların kayda girilmesi amaçlanmıştır.

İstismar davranışları çocuğa bakmakla yükümlü ve çocuktan en az 6 yaş büyük bir erişkin tarafından çocuğa uygulanıp çocuğun ruhsal ve fiziksel iyilik halini bozacak her tür fiziksel, cinsel ve psikolojik zarar verici kasıtlı eylem olarak tanımlanmıştır (12, 14). Uygulanan eyleme göre yapılan tıbbi ve psikiyatrik değerlendirmeler sonucunda fiziksel, psikolojik ve/veya cinsel istismar (Çİ) olarak sınıflandırma yapılmıştır. İstismar şiddeti aşağıdaki kriterlere göre hafif, orta, ağır olarak sınıflandırılmıştır: "Ağır: Sürekli ve fiziksel/psikolojik sekele yol açmışsa. "Orta: Sürekli ama sekel yol açmamışsa. "Hafif: Arada bir olup hiçbir ağır lezyon ya da sekel yoksa.

Olgular, SHM ve hastanelerin Çocuk Psikiyatrisi poliklinikleri tarafından izleme alınmıştır. Böylece aile yanında kalabilecek olgularda çocuk ve aile bireylerine psikolojik destek tedavisi verilmesi amaçlanmıştır. İstismarcı ebeveynlerden ayrılıp çocuklarını koruyabilecek olan ebeveyn SHM aracılığı ile ekonomik destek, bazı durumlarda anne ve çocukların sığınma evlerine alınması planlanmıştır. Aile yanında bakımı yaşamsal tehlike taşıyan olguların ise SHM tarafından koruma kararı alınarak çocuk bakım kurumlarına devlet himayesine alınması planlanmıştır.

Yaşamsal tehlikesi olan ya da cinsel istismar olguları için adli bildirim yapılmıştır.

Sonuç dört gruba değerlendirilmiştir: "İyi bir izlem ve uyumlu fiziksel ve ruhsal sağlığa kavuştu. "Öldü. "Şekilli izleniyor. "İzlenemedi.

Olgular Çİ olan ve olmayan olarak iki alt gruba ayrılmıştır. Bu grupların çeşitli özellikleri student t ve Fischer's Exact testiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Onsekiz aylık sürede 32 olguya Çİ tanısı konulmuştur. Bu olguların hastane dağılımı şöyle bulunmuştur: Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi %59 (19/32); Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi %19 (6/32); Ege Üniversite Hastanesi %13 (4/32); Tepecik Sosyal Sigortalar Hastanesi %6 (2/32); Atatürk Devlet Hastanesi %3 (1/32).

İstismar tipi %85'inde (27/32) psikolojik, %66'sında (21/32) fiziksel, %38'inde cinsel idi. Saf fiziksel istismar (Fİ), yalnızca %16'sında (5/32), saptanırsa %38'inde (12/32) hem fiziksel hem de psikolojik istismar (Pİ) saptanmıştır. Çİ olgularının tümüne Pİ'de eşlik etmiş olguların %13'ünde (4/32) üç tip istismar bir arada bulunmuştur (Tablo I).

Lezyonlar şöyle belirlenmiştir: Ensest 12 olgu, boğma 4 olgu, ağır fiziksel ihmal 4 olgu, kırık 3 olgu, zehirlenme 3 olgu, yakma 2 olgu, intrakraniyal kanama 2 olgu, yumuşak doku lezyonu 2 olgu, ağır aşağılama 1 olgu, cinsel pazarlama 1 olgu.

İstismar şiddeti %78'inde (25/32) ağır, %22'sinde (7/32) orta bulunmuş, hafif istismar olgusu saptanmamıştır. Tüm Çİ olguları ağır istismar olarak kabul edilmiştir (Tablo I). Cinsel ve cinsel olmayan istismar (COİ) olguları istismar şiddeti açısından farklılık göstermemiştir (Fischer's Exact $p=0.08$) (Tablo II).

Yaş ortalaması 9.8±8.2 bulunmuştur (2 ay 25 yaş arası). Bu dağılım COİ grubunda 3 ay-14 yaş arası olup %70'i 5 yaş altında saptanmıştır. Çİ grubunda ise yaş dağılımı 4-25 yaş olup %77'si 13 yaşından büyük bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (4.8±4.2 vs 15.5±6.0 yıl, $p<0.0001$) (Tablo II).

Cins dağılımı %41 (13/32) erkek, %59 (19/32) kız olarak belirlenmiştir. Çİ grubunda %15'i erkek, %85'i kız; COİ grubunda ise %66'sı erkek, %34'ü kız olarak belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo II).

İstismarcı %72'sinde (23/32) baba, %34'ünde (11/32) anne, %6'sında (2/32) üvey baba, %6'sında (2/32) ailenin yakını, %3'ünde (1/32) hala, %3'ünde (1/32) teyze, %3'ünde (1/32) üvey anne ve %19'unda (6/32) birden fazla aile üyesi olarak belirlenmiştir (Tablo III).

Çİ ile ilişkili risk faktörlerinden en sık saptananlar sırayla şöyle belirlenmiştir: Düşük eğitim düzeyi %75 (24/32), anne/babaca ruhsal sorun %69 (22/32), aile içi şiddetli geçimsizlik %66 (21/32), aile içi şiddet %59 (19/32), düşük sosyo-ekonomik düzey %56 (18/32), anne/babada alkol kullanımını %47 (15/32), işsizlik %44 (14/32) ve parçalanmış aile %44 (14/32). Yüzde 94'ünde (30/32) üç ve daha fazla Çİ risk faktörü saptanmıştır (Tablo IV).

Olguların %72'si (23/32) SHM'e bildirilmiş ve bunların %52'si izlenebilmiştir. Kalanı adreste bulunamama, kent değiştirme ya da ölüm nedeniyle izlenememiştir. Genel sonuç olarak %56'sı (18/32) ekibimizin desteğiyle normal uyum ve sağlığına kavuşmuş, %13'ü (4/32) ölmüş, %31'i (10/32) sekelli ya da sekelsiz olarak izlem dışı kalmıştır. Beş olgu (%16) anne ve kardeşleriyle sığınma evine alınmış, daha sonra anneye iş bulunarak aile yeni bir uyum sağlamıştır. Beş olgu (%16) ise SHM'nün koruma kararı ile çocuk yuvasına alınıp aileden uzaklaştırılmıştır.

Olguların 17'si (%53) için hastanelerden adli bildirim yapılmıştır, diğer olgularda ise psikolojik ve sosyal destekle sorun çözümlenmesine gidilmiştir.

Tartışma: Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de bir Çocuk Hastalıkları Kliniği ya da hastanesinde ilk kez yürütülmekte olan bir yaklaşım biçimini tıp çevrelerine duyurarak örselenmeye uğrayan çocuklar için biz hekimlerin de yapabileceği şeyler olduğunu göstermektir. Batıda çocuk hasta gören tüm hastanelerde birer Çİ izlem ekibi vardır (5-7, 12-14). Bu ekipler geliştirilmiş olan Çİ tanı kriterlerinden de yararlanarak başvuran çocuk olgular arasında Çİ olgularını saptamakta ve olguların Çocuk Koruma Servislerine bildirimini dolayısıyla gerekliliği biçimde izlemine sağlamaktadırlar (5, 6, 13-15). Ülkemizdeki hastane uygulamalarında ise ne yazık ki olguların yalnızca başvuru yakınması ile ilgili tıbbi sorunları ele alındığı için Çİ olguları atlanmakta, böylece Çİ çöngüsü sürenleşmekte, bazı olgularda tanı ne yazık ki otopsiye kalmaktadır. Oysa olgularımızın çoğunda olduğu gibi hekimin tanı koymas ve SHM'ne bildirmesi sonucunda bu olguların Çİ süreci kesintiye uğratılabilir. Öncelikle ölümler engellenebilir, hasta ailenin normal fonksiyon görmesi bile sağlanabilir. Bu bildirim yapılmadığı zaman ise yalnızca yasal bildirimde bulunmak Türkiye koşullarında tıbbi ve sosyal sorunların çözümü olarak görünmemektedir (1, 9).

Çeşitli yayınlar göstermektedir ki Çİ'da mortalite %0.1-10 arasında değişebilmektedir (13-16). Serimizde Çİ'ya bağlı mortalite %13 bulunmuştur. Bu yüksek rakam olasılıkla hekimler arası Çİ'ya ilişkin bilgi düzeyinin henüz yetersiz olması nedeniyle bu seride ancak çok ağır olguların yer almasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca çalışmacılardan birinin Adli Tıp Kürsüsü çalışanı olması nedeniyle de otopsi olgu sayısı yüksekliğine de bağlı olabilir.

Batı kaynakları Çİ'nin en sık beş yaşından küçük çocuklarda görüldüğünü belirtmektedir (13-16). Bu serideki olguların ise %38'i beş yaş ve altı çocuklardır. Bunda cinsel istismar olgularımızın fazlalığı rol oynamış olabilir çünkü bu olguların yaş dağılımı göreceli olarak yüksek bulunmuştur.

Kaynaklarda örseleyen kişi çoğunlukla çocuğun yakını olarak bildirilmektedir (12-16). Bizim olgularımızın da yalnızca biri aile dışından ama yine çocuğun tanıdığı biri tarafından istismar edilmiştir. Bu bulgu da göstermektedir ki Çİ aile ortamının önemli bir sorunudur. Bilir ve arkadaşlarının en geniş alan çalışması da Behçet Uz. Çocuk Hastanesi'nde yapılan Psikiyatri poliklinik çalışması da handikaplarına karşın çok yüksek aile içi Çİ oranları göstermektedir (2, 9).

Serimizde istismarcı çoğunlukla baba olarak belirlenmiştir. Oysa batı kaynaklarında en sık istismarcı anne, fatal olgularda daha çok baba saptanmaktadır (13-16). Bizim serimizde de mortalite çok yüksek ve ağır istismar olguları çoğunlukta olduğu için baba daha sık istismarcı olarak bulunmuştur düşüncesindeyiz (Tablo I, III).

Risk faktörleri özellikle önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu faktörlerin hiçbirini tek başına bir aileyi istismara aday yapmamaktadır. Bu seride olguların %94'ünde bu faktörlerin en az üçü bir arada saptanmıştır. Bu nedenle düşük sosyo-ekonomik düzeye, düşük eğitim düzeyi, alkolizm, ruhsal hastalık gibi hekimlerin kolayca farkedebilecekleri birkaç risk faktörü daha eşlik ediyorsa o çocukta Çİ açısından araştırmacı tavır almak uygun olacaktır (Tablo IV).

Ayrıca üzerinde durulması gereken bir konu da olgu serisindeki hastane dağılımıdır. Bu çalışmaya katılan hastaneler arasında yalnızca Dr. Behçet Uz. Çocuk Hastanesi'nde sistemli olarak çalışan ve konuya ilişkin asistan eğitimi yapan bir Çocuk İstismarı İzlem Ekibi vardır. Bu nedenle serideki olguların yarıdan fazlası (%59) bu hastaneden bildirilmiştir. Daha da önemlisi bu hastanede tanı koyulan Çİ olgu sayısı zaman içinde de hızla artmış, giderek ayda 1-2 olgudan haftada 2-3 olguya çıkmıştır. Bu da göstermektedir ki eğitim hastanelerimizde kurulacak multidisipliner Çİ izlem ekipleri hem asistan eğitimini sağlayacak hem de tanı koyulan Çİ olgu sayısını arttıracaktır.

Sonuç ve Öneriler: Bizce çağdaş tıp yaptığımızı iddia ediyorsak, artık Çİ konusunun Çocuk Sağlığı alanının önemli bir konusu olduğunu hep birlikte kabul etmeli ve bu alandaki bilgi düzeyimizi hızla arttırmalıyız. Çİ olgularını yakalayabilecek iki önemli meslek alanı bizce eğitim ve tıptır. Bu nedenle tıp öğrencisi, pratisyen ve asistan düzeyinde konunun sosyal içeriğinden duyulan çekingenliği kırıp, sorumluluk alma gereği sürekli vurgulanmalı ve profesyonel duyarlılık artırılmalıdır. Batıda giysileri kirli ve bakımsız olan bir çocuk için bile hekim "Bu aile bu çocuğa sağlıklı bakamaz" gözlemleri Sosyal Servislere bildirimde bulunmaktadır (5). Bizler ise hala kafası gözü yarılmış, kemikleri kırılmış çocuklarımızın bile yalnızca alçısı ve drenajı ile ilgilenip bu olaylara yol açan nedenler konusunda hiçbir girişimde bulunmamakta ve çocukları belki de bir gün öldürülmek üzere aynı ortama göndermekteyiz. Bunu kırmak ve hekimleri süreci kesintiye uğratmak konusunda istekli hale getirmeliyiz. Bütün üniversite hastanelerinde Çİ izlem ekiplerinin kurulmasının bu konuda çok şeyi değiştireceğine, diğer hastanelere örnek olacağına ve il SHM ile yakın ilişki kurularak her Çİ olgusuna az ya da çok yardım edilebileceğine inanıyoruz. Biz hekimlerin böylesi girişimleri SHM bünyelerindeki gizli yetersizlikleri (bilgi, personel, finans) ortaya çıkaracak ve bu kurumun da süreç içinde yenilenmesini zorunlu kılacaktır. Aslında Dr. Behçet Uz. Çocuk Hastanesi'nde sunulacak çok daha fazla sayıda olgu olduğu hastanemizde çalışan tüm meslektaşlarımız tarafından belirtilmektedir. Hastanemiz Eğitim Koordinasyon Kurulu'nun da onayıyla çalışmalarına başlamış olan Behçet Uz. Çocuk Hastanesi Çİ İzlem Ekibinin sistemli çalışmaya başlamasıyla birlikte tanı konulan olgu sayısı Aralık 1997 sonunda 50'ye çıkmıştır. Tüm hastanelerimizde buna benzer ekipler etkin hale gelene dek saptanan az sayıda Çİ olgularını çok sayıda bilimsel toplantıda sunulmalı ve yayınlanmalı, böylece tüm profesyonelin eğitimi ve sorunun farkına varması sağlanmalıdır. Bütün bu nedenlerle HER ÇOCUK HASTANESİNE BİR ÇOCUK İSTISMARI İZLEM EKİBİ sloganının gerçekleşmesi için tıpta Çİ ile ilgili temel eğitim hızla başlatılmalıdır düşüncesindeyiz.

Tablo I: Çocuk İstismarının tip ve şiddet dağılımı.

Tip	n	%	Şiddet	n	%
Psikolojik	27	85			
Fiziksel	21	66	Ağır	25	78
Cinsel	13	38			
İhmal	4	13	Orta	7	32
Fiziksel/Psikolojik	12	38			
Cinsel/Psikolojik	9	28	Hafif	0	0
Cinsel/Fiziksel/Psikolojik	4	13			

Tablo II: Cinsel istismar grubuyla cinsel olmayan istismar grubunun karşılaştırması.

Parametre	CİG*		COİG**		p	
	n	%	n	%		
İstismar şiddeti	Ağır	13	100	12	63	NS ***
	Orta	0	0	7	37	NS
Cins	Erkek	2	15	10	66	<0.01
	Kız	11	85	5	34	<0.01
Yaş (yıl)	15.5 + 6.0		4.6 + 4.0		<0.0001	

* CİG: Cinsel istismar grubu, ** COİG: Cinsel olmayan istismar grubu, NS: İstatistiksel olarak anlamsız (p>0.05)

Tablo III: İstismar eden kişi dağılımı.

İstismar eden	n	%
Baba	23	72
Anne	11	34
Üvey baba	2	6
Aile yakını	2	6
Hala	1	3
Teyze	1	3
Üvey anne	1	3
Multipl	6	19

Tablo IV: Çocuk istismarı ile ilişkili risk faktörleri.

Risk faktörü	n	%
Düşük eğitim düzeyi	24	75
Anne babada ruhsal sorun	22	69
Aile içi şiddetli geçimsizlik	21	66
Aile içi şiddet	19	59
Düşük sosyo-ekonomik düzey	18	56
Anne babada alkol kullanımı	15	47
İşsizlik	14	44
Parçalanmış aile	14	44
Multipl (>3 risk faktörü)	30	94

KAYNAKLAR

- 1) Kesim N.Z. Çocukta fiziksel istismar ve bunun Adli Tıp açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 1993. İstanbul.
- 2) Oral R., Yavuz Ş., Can D., Kutlugün A., Genç İ. Bir Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'nde Kötü Muamele Edilen Çocuk Sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Derg. 1997; 22:137-144.
- 3) Oral R., Miral S., Aksel Ş., et al. İzmir Çocuk Hakları Çalışma Günleri Çocuk İstismarı Grubunun Ulusal Organizasyon Planı Önerisi. Tıpta Sürekli Eğitim Derg 1997 (in press).
- 4) Oral R., Can D., Vatansver K., Özenmiş M., Orhon Y. Pediatri asistanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı konusundaki tutum, davranış ve bilgi düzeyleri.2000'e 5 kala Türkiye ve Dünyada Çocukların Durumu. XXXI. Türk Pediatri kongresi Kitabı.23-27 Ekim 1995: İstanbul. pp 187.
- 5) Finkelhor D., Zeltman G.L. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. Child Abuse Negl 1991. 15 (4): 335-341.
- 6) Paradise J.E. The medical evaluation of the sexually abused child. Ped Clin North Am 1990. 37 (4): 839-862.
- 7) Duhaime A.C., Alario A.J., Lewander W.J. Head injury in very young children: mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. Pediatrics 1992; 90: 179-85.
- 8) Garcia V.F., Gotschall C.S., Eichelberger MR. Rib fractures in children; a marker of severe trauma. J Trauma 1990; 30:695-700.
- 9) Bilir Ş., Arı M., Dönmez N.B. 4-12 yaşları arasında 16.000 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk Geleşimi ve Eğitimi Dergisi 1986; 1: 7-14.
- 10) Deschamps E. Çocuk İstismarı paneli. XXI. UMEMPS Kongresi 18-24 Ekim 1993. İzmir. Yayınlanmamış kongre notları.
- 11) Krugman R.D. Future role of the pediatrician in child abuse and neglect. Pediatr Clin North Am 1990; 37: 1003-1011.
- 12) Johnson C.F. Inflicted injury versus accidental injury. Ped Clin North Am 1990. 37 (4): 791-811.
- 13) Vandeven A.M., Newberger E.H. Child Abuse. Annu Rev Public Health 1994; 15: 367-79.
- 14) Leventhal J.M. Child Maltreatment: Neglect to Abuse. In: Rudolph A.M., Hoffman J.I.E., Rudolph C.D. (eds). Rudolph's Pediatrics. 20'th edition. Stanford. Appleton and Lange 1996; pp 145-151.
- 15) Dubowitz H. Pediatrician's role in preventing child maltreatment. Pediatr Clin North Am 1990; 37:989-1002.
- 16) Leventhal J.M. Sexual abuse of children. In: Hoekelman R.A., Friedman S.B., Nelson N.M., Seidel H.M., Weitzman M.L. (eds). Primary Pediatric Care. (3rd Ed). Mosby. 1997: 651-655.

**DIABETES MELLİTUSUN NEDEN OLDUĞU PREMATÜR MORTALİTEYE BAĞLI
YAŞAM YILI KAYIPLARI ÜZERİNE BİR ALAN ÇALIŞMASI**

Erhan ESER

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

ÖZET

Amaç: Diyabetin temel ölüm nedeni olduğu ölümlerin yol açtığı potansiyel yaşam yılı kayıplarını ortaya koyarak hastalığın toplum üzerinde oluşturduğu dolaylı maliyetin mortalite boyutunu tanımlamaktır.

Gereç-Yöntem: 1994 yılında, İzmir Metropolitan Alanındaki tüm mezarlıklara ait "Ölüm İstatistik Fişleri" teker teker taramıştır. Bornova SEAGB 1993 yılı toplam ölüm sayısına ulaşmıştır. Her bir yaş için beklenen ek yaşam süreleri, TC Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 1989 Türkiye Nüfus Araştırması sonuçlarına göre belirlenmiştir (13). DİE verilerinde beklenen ek yaşam süreleri yaş grupları halinde verildiğinden, istatistikte "Lineer Ekstrapolasyon" olarak bilinen teknik uygulanarak, DİE sonuçlarına göre her yaş için beklenen ek yaşam süreleri hesaplanmıştır. Bornova EASGB 1993 yılına ait 795 ölüm, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu ölümlerden 463'üne ulaşılmış, sözel otopsi yöntemi ile 390'ının temel ölüm nedeni belirlenmiştir.

Bulgular: Toplam ölümlerin %15.9'unu; toplam bağımlı yaş grubu ölümlerinin %15.7'sini; diyabet ölümleri oluşturmaktadır. Diyabete bağlı toplam YYK (Yaşam Yılı Kaybı)'ları, tüm ölümlerin yol açtığı YYK'nın %9.3'ünü oluşturmaktadır. Ortalama YYK, tüm ölümlerde 20.3, diyabetlilerde 11.8 yıldır. Diyabetlilerde ortalama YYK erkeklerde 13.7, Kadınlarda ise, 9.6 yıldır.

Sonuç: Diyabet alta yatan (temel) ölüm nedeni olarak alındığında, diyabetin yol açtığı potansiyel yaşam yılı kaybının çok yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Türkiye'de ivedilikle toplumu kapsayan diyabet kontrol programları uygulanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Diabetes Mellitus, Kanser, Kardiyovasküler Hastalıklar, Mortalite, Dolaylı Maliyet.

SUMMARY

Purpose: To compute. Years of Potential Life Lost attributed to diabetes mellitus as an underlying cause, as a measure of premature mortality.

Method: In 1994, the total 1993 year deaths of Bornova Education and Research District were determined by screening the death certificates of the cemetery directorate. Years of Potential Life Lost (YPLL) were calculated using the expected life years tables of State Institute of Statistics by modifying them for every age with linear extrapolation technique. Of the total 795 death certificate, 463 of their relatives were reached and the underlying cause of mortality of 390 deaths were detected by using verbal autopsy technique.

Findings: Diabetes deaths has been represented 15.9% of the total deaths and 15.7% of the dependent age group deaths. Of total YPLL, 19.3% were attributed to diabetes mellitus as an underlying cause. Mean YPLL for all causes was 20.3 years while it was 11.8, 13.7 and 9.6 years for the total diabetics, for male diabetics and female diabetics respectively.

Conclusion: It seems that, when diabetes mellitus is held as an underlying cause of mortality, it entails quite high YPLL. So, population-wide diabetes control programs must be held as soon as possible in Turkey.

Key Words: Diabetes Mellitus, Cancer, Cardiovascular Disorders, Mortality, Indirect Costs

Giriş: Diabetes Mellitus, neden olduğu yüksek mortalite ve fatalite hızı nedeniyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunları arasında önemini gittikçe artırmaktadır. Diabetes Mellitus, ABD'deki temel ölüm nedenleri arasında 7 inci sırada gelmektedir (1). En çok öldüren hastalıklar sıralamasında ise, 4 üncü sırada yer almaktadır. Türkiye DİE verilerine göre ise diyabet mellitus, ölüm nedenleri sıralamasında 14'üncü sırada gelmektedir (2). Diyabete bağlı mortalite hızı ABD'de her yüz bin yaşayan nüfus için 15.3'dür. Bu, ABD'deki toplam mortalitenin %1.8'ini oluşturmaktadır. Yeni Zelanda'da yapılan diğer bir çalışma, 1984 yılında diyabet için nedene özel ölüm hızının 25-44 yaş grubunda 19/100 bin; 45-64 yaş grubunda ise 79/100 bin olduğunu ortaya koymuştur (3). Bu veriler, son öm nedenlerine göre elde edilen verilerdir. Diyabet, temel (alta yatan) ölüm nedeni olarak alındığında, rakamlar dört misli artmaktadır. Bu durumda 1989 yılı için ABD'de diyabet mortalite hızı, her yüz bin popülasyon için 64'dür. ABD

Mortalite, diyabetin etkisini ortaya koymada ve uluslararası standardizasyonda en önemli göstergedir. Böyle olmakla birlikte ölüm bildirim formlarında, temel ölüm nedeni olarak diyabetin bildiriminin gerçeğin çok altında olduğu ifade edilmektedir (4). ABD ve İngiltere'de bile, temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin, yalnızca %25'inin, ölüm bildirim sertifikalarında bu şekilde yer aldığı saptanmıştır (5). Amerikan Diyabet Birliği, ABD'de temel veya eşlik eden neden olarak, diyabet ölümlerinin, ancak yarısının ölüm bildirim formlarına yansıtıldığını ifade etmektedir (1). Yine Amerikan Diyabet Birliğinin, ülkedeki 1992 yılı verileri üzerinde yaptığı bir diğer çalışma, eşlik eden nedeni diyabet olan ölüm bildirimlerinin sayısının 118 bin olduğunu, beklenen bildirim sayısının ise 434 bin ortaya koymuştur. (6).

Gelişmiş ülkelerde her bir milyon kişi başına diyabet nedeniyle yılda 1-7 bin yaşam yılı kaybı olduğu bildirilmektedir (7). Ölüm-fere bağlı dolaylı maliyetin payı diyabete bağlı toplam maliyetin 1/3'ünü, dolaylı maliyetin ise 2/3'ünü bulmaktadır (6, 8).

Diyabetin dolaylı maliyetini hesaplamayı amaçlayan çalışmalarda üretken ve/veya üretken olmayan yaşam yılı kayıpları göz önüne alınır. Salt yaşam yılı kayıplarının hesaplanmasında, toplumdaki bireylerin üretken yaşta olup olmadıkları önem taşımaz. Yani toplumdaki tüm bireyler hesaba katılır. Bunun için iki temel verinin elde olması zorunludur: Bunlardan birisi ölümler, diğeri ise her yaş veya yaş grubu için beklenen ek yaşam süresidir. Bu amaçla önce tanımlanmış bir bölgenin nüfusunda belirli bir sürede ölen diyabetlilerin yaşları belirlenir. Daha sonra da elimizde bulunan, o topluma ait yaş gruplarına göre ek yaşam yılı beklentilerine göre, her bir diyabet ölümlü ile ortaya çıkan yaşam yılı kayıpları hesaplanır. Böylece, o toplumda, birim zamanda diyabete bağlı toplam yaşam yılı kayıpları hesaplanmış olur. (10, 11, 12).

Bu araştırmanın amacı, Bornova Eğitim Araştırma Bölgesi Sağlık Grup Başkanlığı (EASGB) bölgesinde 1993 yılı ölümleri içinde temel ölüm nedeni "Diabetes Mellitus" olan ölümlerin yol açtığı yaşam yılı kayıplarının hesaplanması ve sonuçların, bazı seçilmiş temel ölüm nedenlerinin yol açtığı yaşam yılı kayıpları ile karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin yol açtığı yaşam yılı kayıpları ile ilgili kayıtlar ve sorgulanmaya dayanan, "sözel ölümler" olarak da ifade edilen tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma 1994 yılında yapılmıştır.

Bornova EASGB 1993 yılına ait 795 ölüm, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bölgenin 1993 yılı ortası nüfusu 142.285'dir. Kaba ölüm hızı %5.59'dur.

Araştırmacının kendisi, İzmir Büyükşehir Belediyesi Mezarlıklar Müdürlüğüne giderek, İzmir Metropolitan Alanındaki tüm mezarlıklara ait "Ölüm İstatistik Fişleri"ni teker teker taramıştır. Daha sonra da bu ölümler 1993 yılı Bornova SEAGB ölümleri ile karşılaştırılıp duplikasyonlar ayıklanarak, Bornova SEAGB 1993 yılı toplam ölüm sayısına ulaşılmıştır. Ölüm İstatistik Fişlerinde saptanan ölümlerin yakınlarının adresleri listelenip gruplanmış, o sırada Halk Sağlığı Kırsal Hekimlik Stajını yapmakta olan intern hekimler tarafından bu adreslere gidilerek, açık ve kapalı uçlu sorularca oluşan, daha önce hazırlanmış olan "Ölüm Nedeni Sorgulama" anketi uygulanmıştır. Evde bulunamayan ölümlerin bir kez daha gidilmiştir. Halk Sağlığı Kırsal Hekimlik Stajının "Araştırma Metodolojisi ve Uygulanması" bölümünde araştırmaya katılan intern hekimler, anket formlarının doldurulması konusunda önceden eğitilmişlerdir. Anket formunda ölüme ait sosyodemografik sorgulamaya ek olarak, temel ölüm nedenini saptamayı amaçlayan, ölüm anındaki ve daha önceki dönemle ilgili organ sistemlerini sorgulayan açık uçlu sorulara ve diyabet ve hipertansiyon ile ilgili kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir. Anketler sonuçlandıktan sonra araştırmacı, toplanan bilgiler ışığında her bir ölüme ait temel ölüm nedenini belirlemiştir. Tutarsız ve eksik veriler içeren ölümler "temel ölüm nedeni belirlenememiş" olarak kabul edilmiştir. Özellikle bir temel ölüm nedeni olarak kabul edilmiştir. Burada, diyabetin temel ölüm nedeni olarak kabul edildiği ölümler, diyabete bağlı akut ve kronik komplikasyonlara bağlı ölümlerdir. Bunlara örnek olarak, hiperozmolar diyabet komasına bağlı ölümler, akut ketoasidoza veya hipoglisemiye bağlı ölümler; diyabetin ailele yatan neden olduğu akut miyokard enfarktüsü, diyabetik nefropatiye ve necroze bağlı ölümler verilebilir. Diyabetli olup da son ölüm nedeni travma, beyin kanaması vb olan ölümler, diyabetin eşlik ettiği ölümler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada, 795 olarak saptanan evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. İlk aşamada, ölüm istatistik fişlerinde adresi yazılan 596 ölü yakınına (%75.0) ulaşılabilmiş; ancak aşağıda ortaya konan nedenler sonucu, ölü yakınılarının 463'ünden (%58.2) alınan veriler, araştırma kapsamına alınabilmiştir. Ulaşılabildiği en çok etkileyen nedenlerin başında, ölüm istatistik fişinde adresi yazılan ölü yakınının ölüm bildirim formundaki adresi bulunamaması gelmekte (%36), bunu sırasıyla, ölüm istatistik fişinde adresi yazılan ölü yakınının ölüm ve/veya ölüm öncesi hastalık hikayesi ile ilgili yeterli ölçüsünün olmaması (%21), katılmayı reddetmesi (%19), doğrudan göç etmesi (%18) ve bölge dışında bulunması (%7) izlenmektedir.

Bu araştırmada, temel ölüm nedeni Diyabet, Kanseler ve Kalp ve Göğüs Hastalıkları olan ve temel ölüm nedeni belirli olanlar arasında Hipertansiyonu olan ölümlerin "Yaşam Yılı Kayıpları" hesaplanmıştır. Hesaplama, her bir ölüm yaşı için o yaşta Türkiye'de beklenen ek yaşam süresi temelinde dayandırılmıştır. Her bir yaş için beklenen ek yaşam süreleri, TC Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 1989 Türkiye Nüfus Araştırması sonuçlarına göre belirlenmiştir (13). DİE verilerinde beklenen ek yaşam süreleri yaş grupları halinde verildiğinden, bu araştırmada her bir yaş için beklenen ek yaşam süresi, istatistikte "Lineer Ekstrapolasyon" olarak ölçülen teknik uygulanarak, DİE sonuçlarına göre hesaplanmıştır. Bunun anlamı, her yaş bandı içinde beklenen ek yaşam süresinin, her bir artan yaş için doğrusal bir trend ile azalacağı varsayımıdır. Bu amaçla kullanılan Lineer Ekstrapolasyon formülü (9):

$$e = e' - e'' - e'''$$

Burada hesaplanan e'' değeridir. Yani istediğimiz yaşın ek yaşam süresidir. Formülde belirtilen diğer tüm simgelerin karşılıkları elimizde vardır. Yukarıdaki Formülde belirtilen simgeler aşağıda sunulmuştur:

e' : Ek yaşam süresi hesaplanmak istenen yaş;

e : Ek yaşam süresi hesaplanmak istenen yaşın içinde bulunduğu yaş bandının ilk yaşı;

e'' : Ek yaşam süresi hesaplanmak istenen yaşın içinde bulunduğu yaş bandının son yaşı;

e''' : Yukarıda da belirtildiği gibi hesaplamak istediğimiz yaşa ait ek yaşam süresi;

e' : Ek yaşam süresi hesaplanmak istenen yaşın içinde bulunduğu yaş bandının ilk yaşına ait ek yaşam süresi;

e'' : Ek yaşam süresi hesaplanmak istenen yaşın içinde bulunduğu yaş bandının son yaşına ait ek yaşam süresi.

Veriler, Epi Info 5.01 veri tabanı ile değerlendirilmiştir. Analizlerde student's t testi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Bornova EASGB Bölgesi, 1993 yılı ölümleri içinde, temel ölüm nedeni belirlenebilen 390 ölümün %0.7'si 0-4; %1.5'i 5-14; %2.1'i 15-24; %1.5'i 25-34; %5.1'i 35-44; %9.7'si 45-54; %21.5'i 55-64; %48.8'i ise 65 yaş ve üstündedir. Ölümlerin %58.5'i erkek, %41.5'i kadın ölümlerine aittir. Bölgenin kaba ölüm hızı %5.59'dur.

Temel ölüm nedenleri belirlenebilen 390 ölüm içinde genç bağımlı (0-14) yaş grubuna ait 44; yaşlı bağımlı (65+) yaş grubuna ait 190; bağımlı olmayan (15-64) yaş grubuna ait 156 ölüm saptanmıştır. Toplam bağımlı yaş grubu ölümü 234'dür. Genç bağımlı yaş grubu içinde 1993 yılında hiç diyabet ölümleri saptanmamıştır. Toplam 62 diyabet ölümünün 36'si bağımlı, 26'si ise bağımlı olmayan yaş grubunda görülmüştür. Toplam ölümlerin %15.9'unu; toplam bağımlı yaş grubu ölümlerinin %15.7'sini; bağımlı olmayan yaş grubu ölümlerinin ise %16.7'sini diyabet ölümleri oluşturmaktadır. Ölümlerin bağımlı veya bağımlı olmayan yaş grubu içinde olmasına göre, diyabet ve diyabet dışındaki temel ölüm nedenleri arasında fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Diyabet ölümlerinin %54.8'i erkeklere, %45.2'si kadınlara aittir. Diyabet dışındaki temel ölüm nedenlerinde ise bu yüzdeler, erkekler için %59.2 kadınlar için %40.9'dur. Temel ölüm nedeninin diyabete bağlı olup olmaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 1'de görüldüğü gibi, temel ölüm nedeni belirlenebilen toplam 390 ölümün neden olduğu toplam YYK, 7931 yılı ölüm başına ortalama YYK ise 20.3 yıldır. Bağımlı olmayan ve toplam bağımlı yaş grupları için Ortalama YYK ise sırasıyla 23.0 ve 18.6 yıldır. Ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.019$). Erkek ve kadınlar için Ortalama YYK ise sırasıyla 20.2 ve 20.5 yıldır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0.91$).

Tablo 1- Bornova EASGB Bölgesi 1993 yılı ölümleri içinde ulaşılan ve temel ölüm nedeni belirlenebilen ölümlerin ve neden oldukları yaşam yılı kayıplarını (YYK) bağımlı ve bağımlı olmayan yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı.

Y A Ş		Sayı	%	YYK* yıl	YYK * %	YYK * Ortalama**
		Genç Bağımlı (0 -14 yaş)	44	11.3	2840.3	35.8
Yaşlı Bağımlı (65 + yaş)	190	48.7	1506.1	19.0	7.9 2.5	
Toplam Bağımlı	234	60.0	4346.4	54.8	18.6 † 22.3	
Bağımlı Olmayan (15 - 64 yaş)	156	40.0	3584.7	45.2	23.0 † 9.6	
CİNSİYET	Erkek	228	58.5	4616	58.2	20.2 †† 17.0
	Kadın	162	41.5	3315	41.8	20.5 †† 20.4
GENEL TOPLAM		390	84.2	7931.2	100.0	20.3 18.4

Yüzdeler kolon yüzdesidir.

n = 390

* YYK = Yaşam Yılı Kaybı

** Üstteki sayılar Ortalama YYK'nı; alttakiler ortalamının Standart Sapmasını göstermektedir.

† p= 0.019 t=3.2 (Toplam bağımlı ve Bağımlı olmayan grubun YYK Ortalamalarının karşılaştırılması-)

†† p= 0.91 t=0.12 (Erkek ve Kadınların YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

Tablo 2- Bornova EASGB Bölgesi 1993 yılı ölümleri içinde ölüm nedenleri belirlenebilen ölümlerin neden oldukları yaşam yılı kayıplarının (YYK),

yaşa ve diabetes mellitus, kanserler, KVS ve Solunum Sistemi hastalıkları ve diğer temel ölüm nedenlerine göre dağılımı.

	Diabetes Dışı Temel Ölüm Nedenleri															Genel Toplam		
	Diabetes Mellitus			Kanserler			KVS ve Solunum Sistemi			Diğer			Toplam (Diabetes dışı)					
	yyk*	%	Ort** yyk	yyk	%	Ort YYK	yyk	%	Ort yyk*	yyk	%	Ort yyk	yyk*	%	Ort. YYK	YK	% ***	Ort YY K
Erkek	465	10.1	13.71 6.32 ++ †	955	20.7	16.20 7.00	839	18.1	13.96 9.39	2358	51.1	31.44 23.72	4152	89.9	21.4 17.9 ††	4616	58.2	20.2 17.0
Kadın	270	8.1	9.64 4.39 +++ †	870	26.3	23.51 14.74	338	10.2	11.66 7.49	1837	55.4	27.02 26.83	3045	91.9	22.7 21.7 †††	3315	41.8	20.5 20.4
Top.	734	9.3	11.85 5.86 †	1825	23.0	19.01 11.18	1177	14.8	13.21 8.84	4195	52.9	29.34 25.25	7197	90.7	21.9 19.5 †	7931	100.0	20.3 18.4

Yüzdeler satır yüzdesidir.

n = 390

* YYK = Yaşam Yılı Kaybı

** Üstteki sayılar Ortalama YYK'nı; alttakiler ortalamının Standart Sapmasını göstermektedir.

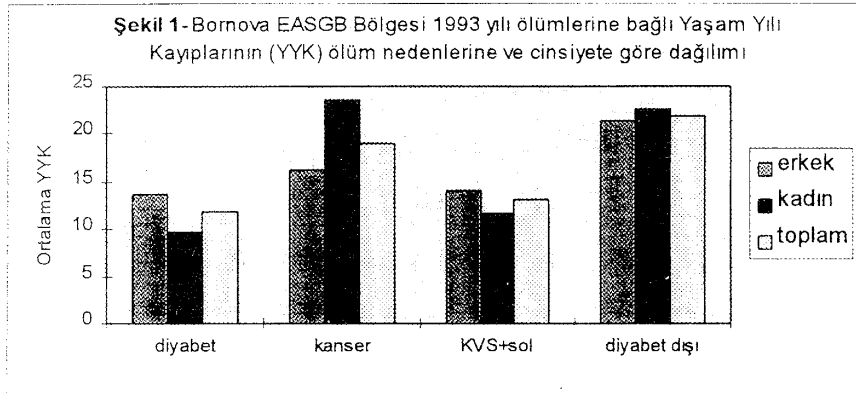
*** kolon yüzdesi

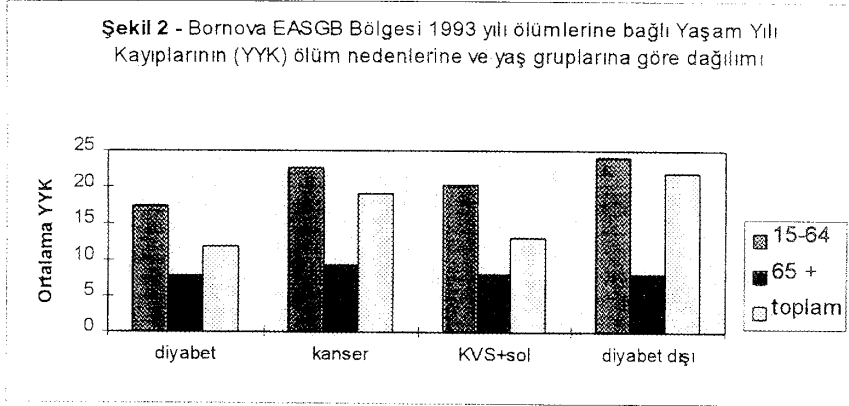
† p = 0.000, t=7.70 (Diabetes ve diabetes dışı ölümlerin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

†† p= 0.013 t=4.59 (Erkeklerde, Diabetes ve diabetes dışı ölümlerin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

††† p= 0.002 t=-6.39 (Kadınlarda, Diabetes ve diabetes dışı ölümlerin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

‡ p= 0.06 t=2.21 (Diabetlilerde, Erkek ve Kadın ölümlerinin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)





Tablo 2'de izlendiği gibi, diyabete bağlı toplam YYK'ları tüm ölümlerin yol açtığı YYK'nın %9.3'ünü oluşturmaktadır. Ortalama YYK, tüm ölümlerde 20.3, diyabetlilerde 11.8; diyabet dışı temel ölüm nedenlerinde 21.9 yıldır. Diyabet dışındaki temel ölüm nedenlerinin yol açtığı Ortalama YYK, temel ölüm nedeni diyabet olan ölüm nedenlerine göre yüksektir. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0.00022$). Bu durum gerek erkekler ve kadınlar (tablo 2, şekil 1), gerekse bağımlı ve bağımlı olmayan yaş grubu arasında ($p=0.0019$ ve $p=0.0016$) (tablo 3, şekil 2) değişmemektedir. Diğer taraftan, temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin yol açtığı YYK'nın erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.006$). Diyabetli ve diyabetli olmayanlarda ortalama YYK'ları bağımlı olmayan yaş grubunda anlamlı derecede yüksektir ($p=0.000$, ve $p=0.019$) (tablo 3).

Tablo 3- Bornova EASGB Bölgesi 1993 yılı ölümleri içinde ulaşılan ve ölüm nedenleri belirlenebilen ölümlerin neden oldukları yaşam yılı kayıplarının (YYK), bağımlı nüfus içinde olup olmadıklarına ve diabetes mellitus, kanserler, KVS ve Solunum Sistemi hastalıkları ve diğer temel ölüm nedenlerine göre dağılımı.

	Diabetes Mellitus			Diyabet Dışı Temel Ölüm Nedenleri										Genel Toplam				
				Kanserler			KVS ve Solunum Sistemi			Diğer			Toplam (Diyabet dışı)					
	yyk*	%	Ort** yyk	yyk	%	Ort yyk	yyk	%	Ort yyk	yyk	%	Ort yyk	yyk*	%	Ort. YYK	yyk	%	Ort yyk
Genç bağımlı (0-14 yaş)	0	0.0	0.0	134	4.7	67.0	63	2.2	63.3	2643	93.1	64.5	2840	100.0	64.5	2840	35.8	64.5
Yaşlı bağımlı (65+ yaş)	280	18.6	7.8	308	20.4	9.3	447	29.7	8.1	471	31.3	7.1	1226	81.4	8.0	1506	19.0	7.9
Toplam Bağımlı	280	6.4	7.8	442	10.2	12.6	510	11.7	9.1	3114	71.7	29.1	4066	93.6	20.5	4346	54.8	18.6
Bağımlı değil (15-64 yaş)	454	12.7	17.5	1383	38.6	22.7	667	18.6	20.2	1081	30.2	30.0	3131	87.3	24.1	3585	45.2	23.0
Toplam	734	9.3	11.8	1825	23.0	19.0	1177	14.8	13.2	4195	52.9	29.3	7197	90.7	21.9	7931	100.0	20.3

Yüzdeler satır yüzdesidir.

n = 390

* YYK = Yaşam Yılı Kaybı

** Üstteki sayılar Ortalama YYK'nı; alttakiler ortalamının Standart Sapmasını göstermektedir.

*** kolon yüzdesi

† $p=0.000$, $t=10.2$ (Diyabetlilerde, Bağımlı ve Bağımlı olmayan yaş grubu ölümlerinin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

‡ $p=0.0019$, $t=7.33$ (Bağımlı yaş grubunda, Diyabet ve Diyabet dışı ölümlerin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

†† $p=0.019$, $t=8.1$ (Diyabetli olmayanlarda, Bağımlı ve Bağımlı olmayan yaş grubu ölümlerinin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

††† $p=0.0016$, $t=5.37$ (Bağımlı olmayan yaş grubunda, Diyabet ve Diyabet dışı ölümlerin YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

Tablo 4- Bornova EASGB Bölgesi 1993 yılı temel ölüm nedeni belirlenen ölümler içinde, temel ölüm nedeni ve eşlik eden ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin neden olduğu yaşam yılı kayıplarının (YYK) sayı, yüzde ve ortalamalarının dağılımı.

Ölüm Nedeni	Ölümler		Yaşam Yılı Kaybı (YYK)		Ortalama YYK
	Sayı	%	Yıl	%	
Temel Ölüm Nedeni Diabetes Mellitus	62	15.90	734.47	9.26	11.9 †
Eşlik Eden Ölüm Nedeni Diabetes Mellitus *	15	3.86	226.49	2.86	15.1 †
Diğer Ölüm Nedenleri	328	84.10	7196.70	90.74	21.9
Toplam Ölümler	390	100.00	7931.17	100.00	20.3

* Diyabet dışındaki temel ölüm nedenleri içinde

n = 390

† $p<0.05$, $t=1.79$ (Temel ölüm nedeni Diyabet olanlarla eşlik eden ölüm nedeni diyabet olanlarda YYK Ortalamalarının karşılaştırılması)

Tablo 4'de sunulduğu gibi, diyabetin temel (altta yatan) ölüm nedeni olduğu ölümlerin neden olduğu ortalama YYK 11.9 yıl; temel ölüm nedeni başka bir ölüm nedeni olup da, diyabetin eşlik eden ölüm nedeni olduğu ölümlerin neden olduğu ortalama YYK 15.1 yıldır. Aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$)

Temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin yol açtığı toplam YYK'nın %68.9'unu, diyabete hipertansiyonun eşlik ettiği ölümler oluşturmaktadır. Diyabet dışındaki ölümlerde ise bu oran %16.9'da kalmaktadır. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0.00000$). (tablo 5). Diyabetin temel ölüm nedeni olduğu ve hipertansiyonun eşlik ettiği ölümlerin ortalama YYK'ları (506/43) 11.8 yıl olmuştur. Temel ölüm

nedeni diyabet dışında bir neden olan ve yine hipertansiyonun eşlik ettiği ölümlerin ortalama YYK'ları ise (1219/109) 11.2 yıl olarak hesaplanmıştır. Temel ölüm nedeni diyabet olup da hipertansiyonun eşlik etmediği ölümlerde YYK, (228/19) 12.0 yıl olarak belirlenmiştir. Ortalamalar arasında fark yoktur. Hipertansiyonun, eşlik ettiği ölüm nedenlerinin yol açtığı ortalama YYK üzerine bir etki olmadiği anlaşılmaktadır.

Tablo 5-Bornova EASGB Bölgesinde 1993 yılında temel ölüm nedeni belirlenmiş olan ölümler içinde temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin neden olduğu yaşam yılı kayıplarının (YYK), eşlik eden hipertansiyona göre dağılımı.

Tablo 5- Bornova EASGB Bölgesinde 1993 yılında temel ölüm nedeni belirlenmiş olan ölümler içinde temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin neden olduğu yaşam yılı kayıplarının (YYK), eşlik eden hipertansiyona göre dağılımı.

Temel Ölüm Nedeni	Hipertansiyon				Toplam YYK	
	VAR		YOK			
	yıl	%	yıl	%	yıl	%*
Diyabet	506	68.9	228	31.1	734	9.3
Diğer Ölüm Nedenleri	1219	16.9	5978	83.1	7197	90.7
Tüm Ölüm Nedenleri	1725	21.8	6206	78.2	7931	100.0

$\chi^2=1054.6$ SD=1 p=0.00...

n = 390

Tartışma: Bu araştırmada, dolaylı maliyetlerin hesaplanmasında, diyabetin yol açtığı yaşam yılı kayıplarının hesaplanmasından sonraki baskın olan yaşam yılı kayıplarının toplumsal üretim üzerinde yarattığı ekonomik kayıplar değerlendirilmemiştir. Bunun nedeni Türkiye'de kişi başına ortalama kazanç düzeyini ortaya koyan sağlıklı verilerin bulunmaması, yüksek düzeydeki legal ve gizli işsizlik ve yüksek enflasyon düzeyidir.

Temel ölüm nedeni belirlenebilen toplam 390 ölümlerin neden olduğu toplam Yaşam Yılı Kaybı (YYK), 7931 yıldır. Bir spekülasyon yapmak gerekirse, 795 ölüm için bu kaybın yaklaşık 16167 yıl olacağını, 1993 yılında ölümler nedeniyle Türkiye'de yine yaklaşık 6.5 milyon YYK'nın söz konusu olduğunu söyleyebiliriz.

Temel ölüm nedeni belirlenebilen toplam 390 ölümlün 62 (%15.9)'sinin temel ölüm nedeni diabetes mellitus'dur. Bu sayıya göre, bölgedeki diyabete bağlı mortalite hızı her 100 bin yaşayan nüfus için 87.1'dir. Bu araştırmada, ölümlerin yaklaşık yarısına ulaşılabildiğinden mortalite hızı hesaplanırken yıl ortası nüfusunun da yarısı alınmıştır. ABD'de bu hız, 15.3'dür. Diyabet alta yatan neden olarak alındığında ABD'de hız 100 binde 64'e çıkmaktadır (1). Yeni Zelanda'da ise diyabet için nedene özel ölüm hızının 25-44 yaş grubunda 19/100 bin; 45-64 yaş grubunda ise 79/100 bin olduğunu ortaya koymuştur (3). Bu çalışmada 45-64 yaş diyabete özel mortalite hızı ise 115.6/100 bin'dir. Bu araştırmada da, diyabetin alta yatan (temel) neden olduğu ölümler hesaplandığından, bulunan mortalite hızı, ABD'de hesaplanan yüzbinde 64'lük hız ile karşılaştırılabilir. DSÖ'nün ölüm nedenlerinin belirlenmesindeki önerileri doğrultusunda bu araştırmada, örneğin son ölüm nedeni miyokard enfarktüsü olarak bildirilse de eğer o kişi diyabetliyse temel ölüm nedeni diyabet olarak belirlenmiştir. Diğer ülkelerde aradaki fark bu yaklaşımdan kaynaklanmış olabilir. Diğer taraftan, ölüm bildirim formlarında temel ölüm nedeni olarak diyabetin bildiriminin, gerçeğin çok altıda olduğu, batılı ülkelerde de gösterilmiştir (4). ABD ve İngiltere'de bile, temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin, yalnızca %25'inin, ölüm bildirim sertifikalarında bu şekilde yer aldığı saptanmıştır (5). ABD'de temel veya eşlik eden neden olarak, diyabet ölümlerinin, ancak yarısının ölüm bildirim formlarına yansıtıldığını ifade etmektedir (1) (15, 16, 17, 18). ABD'deki, Hastalık Kontrol Merkezinin (CDC) diyabet kontrol programı verileri, ölüm bildirimlerinin yalnızca %27'sinde diyabetin alta yatan neden olarak gösterildiğini ortaya koymuştur. Çoklu ölüm nedenlerine dayanan ölüm verilerinin, ölüm nedeni olarak diabetes mellitusun önemini daha iyi ortaya koyduğu bildirilmektedir (19). Hırvatistan'da 1970-1985 döneminde, ülke çapında uygulanan kapsamlı diyabet kontrol programı sonunda, kayıtların iyi tutulması ve ölüm bildirim formlarına özen gösterilmesi sonucunda, saptanan diyabete bağlı ölümlerde yaklaşık %40'lık bir bildirim artışı sağlanmıştır (7). EURODIAB C Bölgesi sonuçları da, diyabetin temel ölüm nedeni olarak bildirilmesinde, hekimler arasında önemli farklılıklar görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu farklılık, Fransa'da %21'i, Almanya'da %35'i bulmaktadır (20).

Bu araştırmada, fatalite hızı, tüm yaşlar için %2.3; 65 yaş ve üstü erkeklerde %4.5, kadınlarda ise %10.5 olarak hesaplanmıştır. Ölümlerin yarısına ulaşıldığından hesaplamada kabaca ölüm sayıları iki ile çarpılmıştır. Tahmini prevalanslar için Narlidere EASGB bölgesinde yapılan Uçku'nun çalışmasının verileri (14) baz alınmıştır. 65 yaş üstü fatalite hızının kadınlardaki yüksekliğini en aklı yakın yorumu, ölüm sayılarının ikiye çarpmanın doğru olmama olasılığıdır. Aynı kaygı bu verilere dayanarak yapılan diğer projeksiyonlar için de söz konusu olabilir. ABD'de ise, hastalığın tüm yaş grupları ve her iki cins için fatalite hızı %6.6'dır. Fatalite hızı, 65 yaş ve üstünde, her iki cins için %12'ye yaklaşmaktadır. (19).

Temel ölüm nedeninin diyabete bağlı olup olmaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Diğer taraftan, temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin yol açtığı YYK'nın erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, diğer temel ölüm nedenlerinde ve toplam ölüm nedenlerinde YYK açısından cinsiyet farkı olmadığı belirlenmiştir. YYK'nın diyabetli erkek ölümlerinde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olması, kadınların diyabet nedeniyle, erkeklerle göre daha geç yaşta ölmeleri ile açıklanabilir.

Diyabet ölümlerinin yol açtığı toplam YYK, 735 yıldır. Bu, tüm nedenlere bağlı ölümlerin yol açtığı toplam YYK olan 7931 yıl içinde %9.3'lük bir yüzdeyi gösterir. Bunun anlamı, toplumdaki tüm bireylerin eşit ürettikleri varsayılırsa, tüm ölümlerin yol açacağı dolaylı maliyetin %9.3'ünün diyabete atfedilebileceğidir. Yalnızca bağımlı olmayan yaş grubu ölümleri göz önüne alındığında ise, tüm ölümlere bağlı toplam YYK içinde diyabete bağlı YYK'nın payı %12.7'ye çıkar. Toplam 62 diyabet ölümlünün neden olduğu ortalama YYK 11.8 yıl; yaşlı bağımlı yaş grubundaki diyabete bağlı ortalama YYK 7.8 yıl; bağımlı olmayan yaş grubunda ise 17.5 yıldır. Türkiye için yukarıda yapılan spekülasyonu diyabet için de yaparsak, diyabet alta yatan neden olarak kabul edildiğinde 1993 yılında diyabet ölümlerine bağlı olarak yaklaşık 600 bin YYK vardır diyebiliriz. Bu değer üretken olan 65 yaş ve altı için 379 bin yıldır.

YYK'larının kanserli ölümlerinde ve diğer nedenlere bağlanan ölümlerde yüksek olmasının nedeni, erken yaşlarda görülen ölümlerdir. Aynı şekilde, diyabet ve KVS için YYK'nın birbirine yakın olmasının nedeni de, bu ölümlerin ileri yaş ölümleri olmasıdır. Diğer taraftan, temel ölüm nedeni diyabet olan ölümlerin yol açtığı YYK'nın erkeklerde kadınlara göre, temel ölüm nedeni kanser olan ölümlerin yol açtığı YYK'nın kadınlarda erkeklerle göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. KVS ve solunum hastalıkları, diğer temel ölüm nedenleri ve toplam ölüm nedenlerinde YYK açısından cinsiyet farkı saptanmamıştır. Diabet ve kanserlerde erkeklerde görülen yüksek YYK'ları erkeklerin bu hastalıklara bağlı olarak daha erken ölmeleri ile açıklanabilir.

Diyabetin temel ve eşlik eden ölüm nedeni olduğu ölümlerin yol açtığı ortalama YYK genel ortalamadan düşüken, diyabet dışındaki nedenlere bakıldığında, YYK, genel ortalamadan üstündür. Diyabetin eşlik eden ölüm nedeni olduğu durumlarda ve diyabet dışındaki ölümlerde YYK'larının diyabet ölümlerine göre daha yüksek oluşu beklendiği gibi bu ölümlerin diyabete göre göre daha erken yaşta görülmesindedir.

Sonuç ve Öneriler: Diyabet alta yatan (temel) ölüm nedeni olarak alındığında, diyabetin yol açtığı potansiyel yaşam yılı kaybının çok yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Toplam ölümlerin %15.9'unu; toplam bağımlı yaş grubu ölümlerinin %15.7'sini; diyabet ölümleri oluşturmaktadır.

Diyabete bağlı toplam YYK'ları tüm ölümlerin yol açtığı YYK'nın %9.3'ünü oluşturmaktadır. Ortalama YYK, tüm ölümlerde 20.3,

diyabetlilerde 11.8 yıldır. Diyabetlilerde Erkekler içinde, ortalama YYK erkeklerde 13.7, Kadınlarda ise, 9.6 yıldır.

Kentleşme ile beklenen yaşam tarzı değişiklikleri de göz önüne alındığında sorunun giderek boyut kazanacağı beklenebilir. Bu nedenle Türkiye'de ivedilikle toolumu kapsayan bir diyabet kontrol programının uygulanması zorunludur.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association. Diabetes 1993 Vital Statistics. 1994.
2. Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Yıllığı 1993 Yayın no: 1620. ISBN 975-19-0779-9. TC Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası-Ankara. 1993.
3. O'Donnell. T.V. Challenges to Health in Working Life. N.Z. Med. J. 1988; 101 (856-2): 695-697.
4. WHO Study Group. Diabetes Mellitus. Technical Report Series 727, WHO. Geneva. 1985.
5. Fuller. J.H. et al. Diabetes Mortality: New Light on an Underestimated Public Health Problem. Diabetologia 1983; 24: 336-341.
6. American Diabetes Association. Direct and Indirect Costs of Diabetes in the United States in 1992, 1993.
7. Jurkovic. P. Value for Money in Diabetes Care. Bulletin (Delivery of health care for diabetics worldwide) 1989; 10, (2): 26-30.
8. Huso. D.M. et al. The Economic Costs of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. JAMA 1989; 262, (19): 2708-2713.
9. Pollard. A.H. et al. Demographic Techniques.. Pergamon Press. 1974.
10. Gerard. K. et al. The Cost of Diabetes. Diabetic Medicine 1989; 6: 164-170
11. Drummond. M.F., Stoddart. G.J., Torrance. G.W. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical Publications: Oxford University Press. ISBN 0-19-261601-3: 1987.
12. Shieff. A., et al. Disease Costing: an Aid to Decisionmaker? Health Policy 1987; 8: 317-323.
13. TC Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) Türkiye Nüfus Araştırması. 1989.
14. Uçku. R. Nartidere Bölgesinde Erişkinlerde Diabetes Mellitus Prevalansı ve Risk Faktörleri. IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 1994.
15. Palumbo. P.J. et al. Diabetes Mellitus: Incidence Prevalence, Survivorship, and Causes of Death in Rochester, Minnesota, 1945-1970. Diabetes 1976; 25: 566-573.
16. Tokuhata. G.K. Diabetes Mellitus: An Underestimated Public Health Problem. J. Chronical Diseases 1975; 28: 23-35.
17. Chamolee. R.F. & Evans. M.C. "New Dimensions in Cause of Death Statistics" American J. Public Health. 72: 1265-70. 1982.
18. Leese. B. "The Costs of Diabetes and its Complications. Social Science and Medicine 1992; 35 (10): 1303-1310.
19. Herman W.H. et al. An epidemiological model for diabetes mellitus: Incidence, Prevalence and Mortality. Diab. Care 1984; 7 (4): 367-371.
20. Fuller. J.H. Recent Developments in Diabetes Epidemiology in Europe. World Health Statistics Quarterly 1992; 45: 350-354.

KEÇİÖREN İLÇESİ ÇİZMECİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA ENÜREZİS SIKLIĞI ve ETKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nazlı DALGIÇ*, Dr. Ayşe YILDIZ*

Anakara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü Öğr. Üyesi, Halk Sağlığı Uzmanı

ÖZET

Araştırma Keçiören İlçesi Çizmece İlköğretim Okulu'nda 843 öğrencide enürezis sıklığını ve etkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Enürezis sıklığı %29.9 olarak bulunmuştur. Olguların %6.8'i diurnal, %82.5'i nokturnal, %10.7'si ise kontinual enürezistir. Cinsiyet, annenin eğitim düzeyi, aile öyküsü, doğum sırası, geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu, kıl kurdu yakınıması ve akraba evliliği etyolojide etkili olarak bulunurken, aile tipi ile enürezis sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Enürezis, sıklık, diurnal, nokturnal, kontinual ve etkili faktörler.

SUMMARY

The research has been carried on to determine enuresis frequency and risk factors in Çizmece Primary School of Keçiören Province on 843 students. Enuresis frequency has been found as 29.9% 6.8% of the cases are diurnal, 82.5% nocturnal, 10.7% continual. As sex, mothers' education level, family history, birth order, urinary tract infection, complaint about oxyuriasis and consanguinous marriage have been found effective, family type has been found ineffective on enuresis frequency.

Key Words: Enuresis, frequency, diurnal, nocturnal, continual and effective factors.

Giriş: Çocukluk döneminde sık rastlanan, hasta ve ailesinde emosyonel problem yaratan enürezis, mesane kontrolünün kazanılmıı olması gereken dönemde, ayda iki ya da daha sık olmak üzere istem dışı idrar kaçırılması olarak tanımlanmaktadır (1-8). Diurnal, nokturnal kontinual olmak üzere 3 tipi vardır. Mesane fonksiyonunun tam olarak kazanılmasında, dört gelişim döneminden geçilmektedir. Mesanenin doluluğundan haberdar olma 1-2 yaşta, istemli olarak idrar tutabilme 3. yaşta kazanılır. Bu iki dönemi tamamlayan çocuklar gündüz kuru kalmayı başarırlar. İdrar akımını durdurabilme, 4, 5. yaşta, mesanenin herhangi bir doluluk derecesinde idrar akımını başlatma ve sonlandırma ise 5. yaşta kazanılır. Bu dört dönemin tamamlanması ile, çocuklar gece de kuru kalabilmektedir (1, 2). Gelişmekte olan ülkelerde, çocukluk döneminin önemli sağlık sorunları arasında yer alan enürezis, gelişmiş ülkelerde %6-8, gelişmekte olan ülkelerde %14-22 arasında görülmektedir (7, 9-12). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %20-30 arasında değişen değerler bildirilmektedir (7, 9, 13).

Mesane ile ilgili enürezis nedenlerinin %70-80'ini mesanenin fonksiyonel kapasitesinin yetersizliği, %20'sini ise, mesane sfinkter güçsüzlüğü oluşturmaktadır. Mesanenin innervasyonunu bozan nörolojik bozukluklar da sfinkter disfonksiyonu ile enürezise neden olmaktadır (5). Her ne kadar ölüm, sakatlık ve iş gücü kayıplarına yol açmasa da, yaygınlığı yönünden gerek toplum sağlığı, gerekse sosyal pediatri açısından oldukça önemli bir sorundur. Çocukların yanısıra ailelerde de görülmesi ve yeterince önemsenmemesi sorunun önemini daha da artırmaktadır. Enürezisin, erkek çocuklarda, ilk çocuklarda ayrıca sosyoekonomik yönden düşük seviyedeki ailelerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (8, 9, 13, 14).

Bu araştırma Keçiören İlçesi Çizmece İlköğretim Okulu öğrencilerinin enürezis sıklığını saptamak ve etkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel olup, veriler anket yöntemiyle Nisan 1997'de elde edilmiş, 6-12 yaş grubu 843 öğrencinin velileri okula davet edilerek, yüz yüze görüşülmüştür. Öğrencilerin tümü araştırma kapsamına alınmış, örnekleme yapılmamıştır. Beş yaşından beri ayda iki veya daha fazla idrar kaçıran öğrenciler enüretik, en az 6 ay kuru kaldıktan sonra idrar kaçırmaya başlayanlar sekonder, bu süre içerisinde hiç kuru dönemi olmayanlar primer enürezis olarak tanımlanmıştır (1, 4, 5, 7). Gündüz idrar kaçıranlar diurnal, yalnız gece idrar kaçıranlar nokturnal, hem gündüz hem gece idrar kaçıranlar ise kontinual enürezis olarak gruplandırılmıştır (13). Bulgular, ki-kare önemlilik testi ile değerlendirilerek; kritik p değeri 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerde enürezis sıklığı %29.9 olarak bulunmuştur. Tablo I. Enüretik olguların %55.6'sı primer, %36.1'i ise sekonderdir. Annelerin %7.9'unun ise bu ayrımı yapamadığı görülmüştür.

Enüretik öğrencilerde nokturnal enürezis sıklığı %82.5, diurnal enürezis sıklığı %6.8, kontinual enürezis sıklığı %10.7 olarak bulunmuştur. Tablo II.

Öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı, Tablo III'te verilmiştir. Erkek öğrencilerin %57.1'nin, kız öğrencilerin de %42.9'unun enüretik olduğu bulunmuştur.

Enürezis görülme riski, erkek öğrencilerde kız öğrencilerden 1.61 kat fazladır (OR:1.61, %95 CI:1.20-2.16).

Enüretik öğrencilerin yaşa göre dağılımı incelendiğinde; öğrencilerin yaş ortalaması 8.68±1.51; SE: 0.095 olarak bulunmuş; 7 yaş grubunda enürezis sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır (%39.10). Yaş grupları arasında, enürezis sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=11.02$, p=0.051).

Enürezis ile aile tipi arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=2.517$, p=0.28).

Enüretik öğrencilerin %33.7'sinde aile öyküsü olduğu, %66.3'ünde de aile öyküsü bulunmadığı belirlenmiştir. Aile öyküsü yönünden, enüretik olan ve olmayan öğrenciler arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=83.88$, p=0.000). Tablo IV.

Aile öyküsü olan enüretik öğrencilerin %15.8'inin babalarında; %17.9'unun da anne ve kardeşlerinde enürezis öyküsü olduğu görülmüştür.

Enüretik öğrencilerin %28.6'sında, enüretik olmayanların da %20.6'sında akraba evliliği olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6.26$, p=0.012). Akraba evliliği olan ailelerin çocuklarında enürezis görülme riski %54 olarak bulunmuştur (OR: 1.54, %95 CI: 1.1-2.14).

Öğrencilerin daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olma durumu Tablo V'te verilmiştir. Enüretiklerin %23'ünün, enüretik olmayanların da %9.5'inin daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olduğu belirlenmiştir.

"Bilmiyorum" şeklinde ifade veren grup değerlendirme dışı bırakıldığında; enüretik olan ve olmayan iki grup arasında geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=34.92$, p 0.05). İdrar yolu enfeksiyonu geçirmiş

olanlarda enürezis görülme riski, idrar yolu enfeksiyonu geçirmemiş olanlardan 5.27 kat fazladır (OR: 3.27, %95 CI: 2.16-4.93).

Ailelere idrar kaçırmanın önemli olup olmadığı sorulduğunda: %74.2'si önemli, %10.7'si önemsiz bulunduğunu, %15'i de konuyla ilgili bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir.

Enüretik olan 252 öğrenciden %20.6'sı enürezis nedeniyle doktora götürülmüş olup, %14.3'üne ilaç, %3.9'una psikolojik tedavi, %2.4'üne hem ilaç hem de psikolojik tedavi uygulanmıştır.

Enüretik öğrencilerin %37.7'si ailenin ikinci çocuğudur. Doğum sırası arttıkça enürezis görülme sıklığı azalmaktadır. Enüretik olan ve olmayan öğrenciler arasında doğum sırası yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=7.20$, $p=0.068$).

Öğrencilerin kil kuruu yaklaşması yönünden dağılımı Tablo VI'da verilmiştir. Enüretik öğrencilerin %28.6'sında, enüretik olmayanların da %18.4'ünde kil kuruu yaklaşması olduğu görülmüştür. "Bilmiyorum" diyen grup değerlendirme dışı bırakıldığında, kil kuruu yaklaşması yönünden enüretik olan ve olmayan öğrenciler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=15.87$, $p=0.05$). Kil kuruu yaklaşması olan öğrencilerde enürezis boyutu, kil kuruu yaklaşması olmayan öğrencilerden 2.09 kat fazladır (OR: 2.09, %95 CI: 1.44-3.03).

Enüretik olan ve olmayan öğrenciler, annelerinin eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=18.67$, $p=0.001$). Farkı yaratan grup: %66.67 ve %55.84 ile ortaokul mezunu annelerdir, Tablo VII.

Tartışma: Enürezis konusunda yapılmış araştırmalarda, üzerinde en çok durulan faktörler: cinsiyet, annenin eğitim düzeyi, aile öyküsü, doğum sırası, geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu ve parazitözduz.

Çalışmamızda enürezis sıklığı %29.9 olarak bulunmuştur. Enüretiklerin %82.5'i nokturnal, %6.8'i diurnal, %10.7'si ise kontinüal enürezistir. Sonuçlarımız literatürdeki değerlerle benzerlik göstermektedir (1, 9, 15).

Olguların %56'sı primer, %36.1'i ise sekonderdir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da primer enürezis sıklığının %60-70, sekonder enürezis sıklığının da %20-30 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (1, 7, 15).

Yapılan çalışmalarda enürezisin erkek çocuklarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (7, 8, 13-15). Çalışmamızda da enürezis sıklığının erkek öğrencilerde %61 oranında fazla olduğu bulunmuştur.

Enürezis sıklığının annenin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça, sıklığın da azaldığı görülmektedir (8, 9). Eğitim düzeyinin artması ile idrar kaçırma olgusu önemsenmekte ve tuvalet eğitimi beklenen yaşta verilmektedir.

Çekirdek, geniş ve parçalanmış ailelerde, enürezis sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sonuçlarımız Hayran ve Kırılmaz'ın yaptığı çalışmaları uyumludur (7, 9). Özellikle 2-4 yaş arası çocuklarda herhangi bir stres faktörünün varlığının enürezise sebep olabileceği söylenmektedir. Anne babanın ayrılması, ölümü, yeni bir kardeş doğumu, yeni bir eve taşınma, çocuğa kötü davranılması enürezise yol açan faktörlerdir (14).

Enürezis sıklığını etkileyen diğer bir faktör de aile öyküsüdür. Çalışmamızda babanın enüretik olduğu çocuklarda sıklığın daha fazla olduğu gözlenmiştir. Enüretik olan ve olmayan öğrenciler arasında, aile öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sonuçlar literatürde uyumludur (1, 7, 9). Bilir ve ark.'nın çalışmasında, enüretiklerin yaklaşık %70'nin 1. derece akrabalarında enürezis öyküsü olduğu bildirilmektedir (13, 14).

Akraba evliliğinin, enüretik öğrencilerde sık görülen diğer bir faktör olduğu bulunmuştur ($\chi^2=6.26$, $p=0.012$).

Çalışmamızda, idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olanlarda enürezis görülme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Kırılmaz'ın yaptığı çalışmada da idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olanın etkili faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir. (7).

Olgular, kil kuruu yaklaşması yönünden araştırılmış ve annelerden alınan anamnez göre, enüretik öğrencilerin %28.6'sının kil kuruu yaklaşması olduğu görülmüştür. Sonuçlarımız, Kırılmaz ve Işık'ın yaptığı araştırma ile farklılık gösterirken, ikincioğulları ve ark.'nın yaptığı çalışma ile uyumludur. Bu çalışmada, enürezis ile birlikte en sık görülen barsak parazitözunun oksiyur olduğu bildirilmektedir (%58.7).

Çalışmamızda enürezisin 2. çocukta daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; bazı araştırmalarca 1. çocuk riskli olarak bulunurken (13, 14), bazı araştırmalarda da 2. çocuğun daha fazla risk taşıdığı bildirilmiştir. (7, 9).

Ailelerin çoğunluğu enürezisin bir sorun olduğunu ifade ettiği halde, ancak %20.6'sı çocuklarını doktora götürmüştür. Bu da enürezisin halk arasında önemsenmeyen bir durum olarak algılandığını göstermektedir. Kırılmaz ve Işık'ın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Sonuç: Etiyolojisinde birçok faktörün yer aldığı enürezis, organik kaynaklı olmadıkça; cinsiyet, aile öyküsü, annenin eğitim durumu, doğum sırası, geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu, akraba evliliği ve kil kuruu yaklaşması ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle, enürezisin bir sorun olarak algılanması ve gerekli önlemlerin alınabilmesi için: 1. basamak sağlık hizmetleri düzeyinde ana babaların eğitiminin, okul sağlığı yönünden öğretmenlerin bilgilendirilmesinin, ebe-hemşirelere konu ile ilgili hizmet-içi eğitim verilmesinin gerekli olacağı düşünülmektedir.

TABLE I: Öğrencilerde Enürezis Dağılımı.

Enürezis	Sayı	%
Var	252	29.9
Yok	591	70.1
TOPLAM	843	100.0

TABLE II: Enüretik Öğrencilerin Enürezis Türüne Göre Dağılımı.

Enürezis Tipi	Sayı	%
Diurnal	17	6.8
Nokturnal	208	82.5
Kontinüal	27	10.7
TOPLAM	252	100.0

TABLE III: Enüretik Olan ve Olmayan Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı.

Cinsiyet	Enüretik Olan		Enüretik Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	138	42.9	324	54.8	432	51.2
Erkek	144	37.1	267	45.2	411	48.8
TOPLAM	252	100.0	591	100.0	843	100.0

TABLO IV: Enüretik Olan ve Olmayan Öğrencilerin Aile Öyküsüne Göre Dağılımı

Aile Öyküsü	Enüretik Olan		Enüretik Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	85	33.7	50	8.5	135	16.0
Olmayan	167	66.3	541	91.5	708	84.0
TOPLAM	252	100.0	591	100.0	843	100.0

TABLO V: Enüretik Olan ve Olmayan Öğrencilerin Geçirilmiş İdrar Yolu Enfeksiyonuna Göre Dağılımı.

İdrar Yolu Enfeksiyonu	Enüretik Olan		Enüretik Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Geçirmiş	58	23.0	56	9.5	114	13.5
Geçirmemiş	162	64.3	512	86.6	674	80.0
Bilmiyorum	32	12.7	23	3.9	55	6.5
TOPLAM	252	100.0	591	100.0	843	100.0

TABLO VI: Enüretik Olan ve Olmayan Öğrencilerin Kıl Kurdu Yakınlığına Göre Dağılımı.

Kıl Kurdu Yakınlığı	Enüretik Olan		Enüretik Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	72	28.6	109	18.4	181	21.5
Yok	112	44.5	354	59.9	466	55.3
Bilmiyorum	68	26.9	128	21.7	196	23.2
TOPLAM	252	100.0	591	100.0	843	100.0

KAYNAKLAR

1. İkinioğulları A., Öcal G., Suskan E. Çocuklarda Enüresisi. Ankara Tıp Mecmuası 42: 4, 1989.
2. Crowford J.D. Introductory Comments. Treatment of Nocturnal Enuresis Symposium. J Pediatr suppl 114: 687, 1989.
3. Nogard J.P., Ritting S, Djurhuus J.C. Nocturnal Enuresis: An Approach to Treatment Based on Pathogenesis. J. Pediatr suppl.114: 691. 1986.
4. Rushton H.G. Nocturnal Enuresis: Epidemiology, Evaluation and Currently Available Treatment Options. J. Pediatr suppl.114: 691. 1989
5. Schmitt B.D. Nocturnal Enuresis. Ped Clin Am 29: 21. 1982.
6. Starfield B. Enuresis: Focus on a Challenging Problem in Primary Care. Pediatrics 62: 970, 1978.
7. Kırılmaz A., Işık A. Park Eğitim Sağlık Ocağına Bağlı İlkokullarda Nokturnal Enürezis Prevalans Araştırması. Ank. Has. Tıp Der. 29: 1. 2. 3, 1994.
8. Byrd. R., Weitzman M., Lanphear N., Avinger P. Bed-wetting in US Children: Epidemiology and Related Behavior Problems. Pediatrics 98: 3, 1996.
9. Hayran O., Kayhan M., Ertuğrul E., Kaya S. Enüresis Üzerine Vaka-Kontrol Araştırması. Klinik Gelişim 4: 1, 1991.
10. Fergusson D.M. et al. factors Related to age of Attainment of Nocturnal Bladder Control. Pediatrics 78: 5, 1986.
11. Jabri A.M., Kafa E.A. Childhood Enuresis. J. Comm Med. Iraq 2: 1, 1989.
12. Foxman B. et al. Childhood Enuresis: Prevalance, Perceived Impact and Prescribed Treatment. Pediatrics 77: 4, 1986.
13. Bilir Ş., Arı M., Sarı P., Atik B. 4-12 yaş Çocuklarında Görülen Tuvalet sorunlarının Görülme Sıklığının ve Tipinin Araştırılması. Sağlık Dergisi 61: 3, 1989.
14. Novello A., Novello J. Enuresis. Ped Clin North Am 34: 3, 1987.
15. Akdur R. Abidinpaşa Bölgesi İlkokul 5. Sınıflarda Enürezis Nokturna Prevalansı Araştırması. Ankara Tıp Bülteni 2: 2, 1980.

**ANKARA'DAKİ ECZANE ECZACILARININ
AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI**

Ferda ÖZYURDA*, Yıldır ATAMURT**, İpe ŞİMŞEK**, Ayşe GÖKSU****
Deniz ÇALIKKAN*****

*AÜTF Halk Sağlığı AD, Prof. Dr.
**AÜTF Biyoistatistik BD, Prof. Dr.,
***GÜ Mesleki Yaygın Eğitim Fak., Prof. Dr.
****AÜ Sağlık Eğitim Fak., Öğretim Elemanı
*****AÜTF Halk Sağlığı AD, Uz. Dr.

ÖZET

Giriş-Amaç: Dünyada ve ülkemizde eczaneler, gebeliği önleyici yöntem temin edilen başlıca yerlerden biridir. Eczacılar başvurularına gebeliği önleyici yöntem verirken, danışmanlık hizmeti verme talebi ile de karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle, eczacıların aile planlaması (AP) konusundaki bilgi ve tutumları önem kazanmaktadır. Bu nedenle, Çalışma Ankara'daki eczane eczacılarının AP konusundaki eğitim ve bilgi düzeylerini ve tutumlarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

Materyal-Metod: Araştırma evrenini 1993 yılında Ankara Eczacı Odası'na kayıtlı 935 eczaneden 1/10 sistematik örnekleme ile seçilen 97 eczane eczacısı alınmıştır. Bir hekim ve bir eczacıdan oluşan araştırma ekibi ile, hazırlanan anket formu eczacıların tamamına yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Eczanelere başvuran müşterilerden %77.3'ünün eczacılardan AP konusunda bilgi talep ettikleri, ancak eczacıların AP konusunda bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Eczacılar bilgi sorularına Oral Kontraseptiflerle ilgili %22.2, bariyer yöntemlerle ilgili %45.1 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Eczacıların %40'ı AP konusunda kendilerini yetersiz bulmakta, %69.1'i eğitim görmek istemektedir.

Sonuç olarak, başvurularının dörtte üçünün hedefi olan eczacılara mezuniyet öncesinde verilen eğitimin erişkin eğitim ilkelerine uygun olarak iyileştirilmesi ve yaygın hizmet içi eğitim programlarının düzenlenip, bunlara katılımın teşvik edilmesinin yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

Introduction-Purpose: The pharmacies are the main places where birth control methods can be obtained in the world and in Turkey. Pharmacists face a demand for advisory service while providing birth control methods for appliers. Therefore, this study has been planned to determine the level of education and knowledge and attitude of pharmacy pharmacists in Ankara related to family planning.

Material-Method: The research space has been 97 pharmacies selected by 1/10 systematic sampling from 935 pharmacies registered in Ankara Chamber of Pharmacists in 1993. the questionnaire form that had been prepared has been applied to all the pharmacists in face to face interview basis by the research team consisting of a physician and pharmacist.

Findings and Conclusion: It has been determined that 77.3% of the customers applying to the pharmacists demand information about family planning, however, the pharmacists'level of knowledge related to family planning is very low. It has been found that related to informative questions, the pharmacists provide correct answer 22.3% for oral contraceptives and 46.1% for barrier methods.40 % of the pharmacists say that they feel inadequate in the sense of family planing.

As a result, it has been concluded that, it would be helpful to improve in accordance with adult education principles, the undergraduate education given to the pharmacists whom three quarters of the appliers adress and to organize common in-service education programmes and to encourage participation in this programmes.

Giriş: Dünyada doğurgan yaşta ki evli çiftlerden yaklaşık 55 milyonu gebeliği önleyici yöntemleri eczanelerden elde etmektedir (1). Bu çiftlerin 15 milyonu da gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (1). Türkiye'de ise 1988 yılında doğurgan çağıdaki evli çiftlerden hap kullananların %78.6'sı, kondom kullananların %68.6'sı ve diyafram, spermisit kullananların %98'i yöntemlerini eczanelerden temin etmektedir (2).1993 yılında ise, özel sektörden yöntem sağlayıcıların %25'i eczanelerden yöntemi temin etmekte ve bunlardan (özel sektörden yöntemi temin edenlerden) hap kullananların %69.4'ü, diyafram ve spermisit kullananların %91.2'si, kondom kullananların %65.2'si yöntemi eczanelerden temin etmektedir (3). Görüldüğü gibi, gerek Dünya'da gerekse ülkemizde eczaneler yöntem temin edilen yerler arasında önemli bir grubu teşkil etmektedir. Eczanelerin ve eczacıların gebeliği önleyici yöntem verirken danışmanlık hizmeti vermeleri, bilgi düzeyleri, eğitim durumları da bu nedenle önem kazanmaktadır. Bu çalışma, bu gereksinimden hareketle, Ankara'daki eczane eczacılarının gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitim ve bilgi durumlarını saptamak, danışmanlık hizmeti düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Materyal-Metod: Araştırma kapsamına alınacak eczanelerin tespiti amacıyla, Ankara Eczacılar Odası'na 1993 yılı itibarıyla kayıtlı eczanelerin listesi alınmış, yerleşime göre 3 bölgeye ayrılmış olan listede 935 eczane olduğu saptanmıştır. Her bölgeden 1/10 sistematik örnekleme ile seçilen 97 eczane araştırma kapsamına alınmıştır.

Bilgiler, eczacılara yönelik hazırlanan anket formu aracılığıyla, yüz yüze yöntemle bir hekim ve bir eczacıdan oluşan ekip tarafından elde edilmiştir. Her eczanedeki eczacı ile görüşülmüştür. Eczacılarla görüşme ve anket formlarının doldurulması Mart 1994-Temmuz 1994 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen verilerin istatistik değerlendirmesi, SPSS for Windows paket programı aracılığıyla bilgisayarda yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına Ankara'da bulunan 97 eczane girmiştir. Bu eczacıların %36.1'i (35'i) erkek, %63.9'u (62'si) kadındır.

Eczacılar mezun oldukları fakülteye göre incelendiğinde, %39.2'si (38'i) Ankara Üniversitesi, %36.1'i (35'i) Gazi Üniversitesi,

%16.5'i (16'sı) Hacettepe Üniversitesi, %5.2'si (5'i) İstanbul Üniversitesi, %3'ü (3'ü) ise Marmara ve diğer Üniversitelerin eczacılık fakültelerinden mezun olmuşlardır.

Mezuniyet dönemleri incelendiğinde, eczacıların %41.2'sinin 1970'den önce mezun olduğu, %29.9'unun 1971-74 yıllarında, %28.9'unun 1975'den sonraki yıllarda mezun olduğu görülmektedir. Eczacıların üçte biri 1971-74 yılı mezunları olarak yoğunluk göstermektedir.

Yine eczacıların %54.6'sının 7 yıldan fazla süredir serbest eczacılık yaptıkları, bunu %26.8 ile 4-6 yıldır, %15.5 ile 1-3 yıldır, %3.1 ile 1 yıldan daha az süredir serbest eczacılık yapanlar izlemektedir. Eczacıların yarıdan fazlası 7 yıldan fazla süredir eczane eczacılığı yapmaktadır.

Eczacıların eczanede devamlı kimin bulunduğu sorulduğunda; %67'si (65'i) kendilerinin bulunduğu, %33'ü (32'si) kalfa ile birlikte kendilerinin bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadelerle göre, sadece kalfanın bulunduğu eczane yoktur.

Eczacıların aile planlaması (AP) eğitimini alıp almama durumları ile eğitim alanların nereden aldıkları incelendiğinde, Tablo 1'de görüldüğü gibi, eczacıların %48.4'ü hiç AP eğitimi almamışlardır. Mezuniyet öncesi ders olarak alanların oranı %40.2, ders veya kursa katılmı şeklinde alanların oranı ise %4.2'dir

Tablo1. Araştırmaya Katılan Eczacıların Aile Planlaması Eğitimini Alıp Almama Durumu ve Eğitim Aldıkları Yerlerin Dağılımı (%)

Aile Planlaması Eğitimini Alıp Almama ve Eğitimini Aldıkları Yer	Sayı	Yüzde
Mezuniyet Öncesi Ders Olarak	39	40.2
Mezuniyet Öncesi veya Sonrası Ders veya Kurs Şeklinde	4	4.2
Hiç AP eğitimi Almayan	47	48.4
Kitap, Yayın, Basından Bilgilenenler	7	7.2
Toplam	97	100.0

Kitap, basın yayın organlarından bilgi edinilenlerin (%7.2) formel eğitim almadıkları görülmektedir. Mezuniyet yıllarına göre eczacıların AP eğitimi alma durumları incelendiğinde, Tablo 2'de görüldüğü gibi, 1971 den sonra mezun olanlarda fakültede ders veya mezuniyet sonrası kurs alanların oranı artmaktadır. Hiç eğitim almayanların ise belirgin olarak 1970 den önce mezun olanlarda yoğunlaştığı görülmektedir ($\chi^2=28.07$ $p<0.05$). Buna göre, 1970 den önce Eczacılık Fakültelerinde AP eğitiminin yer almış olduğu söylenebilir.

Tablo2. Araştırmaya Katılan Eczacıların Mezuniyet Yıllarına Göre Aile Planlaması Eğitimi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Eğitimi Alma Durumu	Aile Planlaması	Mezuniyet Yılı			
		1970'den Önce	1971-1974	1975-1979	Toplam
-Fakültede Ders Alanlar ve Ders, Kurs vs Alanlar	Sayı	5	20	18	43
	%	11.6	46.5	41.9	100.0
Hiç Eğitim Almayanlar	Sayı	35	9	10	54
	%	64.8	16.6	18.5	100.0
-Toplam	Sayı	40	29	28	97
	%	41.2	29.9	28.9	100.0

$\chi^2=28.07$ $p<0.01$

Mezun olunan fakülteye göre AP eğitimi alma durumu incelendiğinde; Ankara'daki eczane eczacılarının çoğunun (%91.7) Ankara'daki üniversitelerden mezun olduğu, Ankara Eczacılık Fakültesi mezunu olanların %44.7'sinin, Hacettepe Eczacılık Fakültesi mezunu olanların %56.2'sinin, Gazi Eczacılık Fakültesi mezunu olanların %42.8'inin AP eğitimi aldıkları görülmektedir. Aradaki fark istatistik olarak anlamlı değildir. Fakültede ders olarak AP eğitimi alanların içinde Ankara Eczacılık Fakültesi mezunları %43.6 ile birinci sırada gelmektedir. Eczacıların formel yada diğer yollarla eğitim aldıklarını ifade edenlerin %60'ı eğitimi yeterli, %40'ı ise yetersiz bulmaktadır. Eczacıların %69.1'i AP konusunda eğitim görmek istediklerini, %30.9'u ise istemediklerini ifade etmişlerdir.

AP konusunda bilgilenecek için, eczacıların %18.5'i ansiklopedi, kitap, ders notu, tıp-meslek odası yayınları, Sağlık Bakanlığı broşürlerine başvururken, %23.7'si firma broşürlerine, basın, medya broşürleri ve prospektüslere başvurmuşlardır. Öte yandan, eczacıların %57.7'si, bir başka deyişle yarıdan fazlası hiçbir materyale başvurmamaktadır. Bu davranışın mezun olunan fakülteye göre dağılımı ele alındığında, Tablo 3'de izleneceği gibi, ansiklopedi, ders notu, kitap gibi materyallere başvuru Hacettepe mezunlarında daha fazla iken (%31.2), firma broşürü, prospektüs gibi materyale başvuru Gazi mezunlarında fazla (%34.3) gibi görünmektedir. Ancak arada istatistik anlamda ilişki yoktur.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Eczacıların Mezun Oldukları Fakülteye Göre Bilgilenmek İçin Basılı Materyale Başvuru Durumlarının Karşılaştırılması

Aile Planlaması Konusunda Bilgilenmek İçin Başvuru Alan Basılı Materyal		Mezun Olunan Fakülte				TOPLAM
		Hacettepe E.F.	Ankara E.F.	Gazi E.F.	İstanbul ve Diğer	
-Yok	Sayı	8	25	19	4	56
	%	50.0	65.8	54.3	50.0	57.7
Ansiklopedi, ders Notu, Kitap Meslek Odası Yay., SB. Broşürü	Sayı	5	7	4	2	18
	%	31.2	18.4	11.4	25.0	18.5
-Firma Broşürleri, Prospektüs Medya ve Basındaki Yayınlar	Sayı	3	6	12	2	23
	%	18.7	15.8	34.3	25.0	23.7
TOPLAM	Sayı	16	38	35	8	97
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

$\chi^2=6.10$ $p>0.05$

Mezuniyet yılına göre basılı materyale başvuru incelendiğinde, 1971-74 mezunlarında basılı materyale başvuranların oranının (%62.1), 1970 den önce (%37.5) ve 1975 den sonra (%28.6) mezun olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir. ($\chi=5.57$ $p>0.05$).

Eczacıların eczanelerinde en çok satılan doğum kontrol yöntemi sorulduğunda, %83.5'i birinci sırada oral kontraseptifleri (OK), %59.8'i ikinci sırada kondom, %32'si üçüncü sırada spermisitleri, %17.5'i dördüncü sırada Rahim İçi Aracı (RIA) belirtmişlerdir.

Eczacıların tavsiyesi ile alınan gebeliği önleyici yöntemlerin neler olduğu araştırıldığında, %15.5'i yöntem tavsiye etmediğini belirtirken, %23.7'si OK, %9.3'ü RIA, %8.2'si kondomun kendi tavsiyesi ile alındığını, geri kalanı ise (%43.3) birden fazla yöntemin tavsiyesi ile kullanıldığını ifade etmiştir.

Eczaneye gelen müşterilerin eczacıdan AP hakkında bilgi isteyip istemediklerine, eczacıların %77.3'ü bilgi istendiğini, %22.7'si

bilgi istenmediğini belirtmiştir. Başvuranların dörtte üçünün bilgi istediği göz önüne alınırsa, AP danışmanlığında eczacılar önemli bir rol üstlenmek durumundadır.

Eczacıların en çok alınan yöntem OK'dir. Eczacıların OK'lerden hangisini tercih ettikleri incelendiğinde, %22.7'si tercih belirtmezken, %67'si düşük dozlu OK'leri, %2.1'i yüksek dozlu OK'leri, %6.2'si karışık, %2.1'i hastaya göre tercih yaptıklarını belirtmişlerdir. Eczacıların üçte ikisinin düşük dozlu OK'leri tercih etmesi olumludur. Düşük dozlu OK önerenlerin %48.5'i (32 kişi) yan etkileri az ve kullanımı kolay olduğundan, %28.8'i (19 kişi) düşük dozlu olduğundan tercih ettiklerini, %10.6'sı ise, bitkisel kökenli olduğundan, alışkanlıktan, doktorlar tercih ettiğinden, firmasına güvendiği için gibi nedenlerle tercih ettiklerini belirtmektedirler. OK önermeyenlerden (22 kişi) sadece biri doktora göndermek gerektiği için önermediğini belirtmiş, diğerleri neden belirtmemiştir.

Eczacıların RİA önerme durumları incelendiğinde, %56.7'sinin RİA önermediği, %43.3'ünün ise önerdiği görülmektedir (Tablo 4). RİA önerenlerin ise, %85.7 ile çoğunluğu Multiload Cu 250 veya 375 tipi RİA'yı tercih etmektedir.

Tablo4. Araştırmaya Katılan Eczacıların Müşterilerine RİA ve Tipini Önerme Durumlarının Dağılımı (%)

RİA ve Tipini Önerme Durumu	Sayı	Yüzde
-Önermeyenler	55	56.7
-Multiload	36	37.1
-Bakır ve Gümüşlü ML- NovaT	4	4.1
Lippes Loop	2	2.1
TOPLAM	97	100.0

RİA tercihi ile ilgili nedenler incelendiğinde, RİA önermeyen eczacıların 5'i doktora göndermenin doğru olacağından, 1'i sağlık ocağında ücretsiz olduğundan, 1'i de müşteriye bırakmanın doğru olacağından önermediğini belirtmiştir. Ancak 48'i (%87.2) ise, neden belirtmemiştir. Çoğunlukla Multiload Cu tipi RİA'yı öneren eczacıların tercih nedenlerinde birinci sırayı etkinliği, uzun ve güvenli olması (%25), ikinci sırayı hekimlerin tercih etmesi (%16.6), üçüncü sırayı ise %11.1 ile firmadan sağlanabilen RİA olması, müşterinin memnun olması, yan etkilerinin az olması almaktadır.

RİA önermede mezun olunan okulla ilişki incelendiğinde; Hacettepe mezunlarının %37.5'i, Gazi mezunlarının %40'ı RİA önerirken, Ankara mezunlarının %52.6'sı önermektedir. Mezuniyet yılına bakıldığında; 1970 öncesi ve 1975 sonrası mezun olanların üçte ikisinin (%62.5 ve %67.8) RİA önermediği, 1971-74 mezunlarının yaklaşık üçte ikisinin (%62.1) RİA önerdiği görülmektedir (Tablo 5).

Tablo5. Araştırmaya Katılan Eczacıların Mezuniyet Yılları ve Mezun Oldukları Fakültelere Göre Başvuran Kişilere RİA Önerme Durumlarının Karşılaştırılması.

RİA Önerme Durumu		Mezun Olunan Fakülte				
		Hacettepe E.F.	Ankara E.F.	Gazi E.F.	İstanbul ve Diğer	TOPLAM
-Önermeyenler	Sayı	10	18	21	6	55
	%	62.5	47.5	60.0	75.0	56.7
-Önerenler	Sayı	6	20	14	2	42
	%	37.5	52.6	40.0	25.0	43.3
TOPLAM	Sayı	16	38	35	8	97
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
$\chi^2=2.81 \quad p>0.05$						
		Mezuniyet Yılı				
		1970'den Önce	1971-1974	1975-1979	Toplam	
-Önermeyenler	Sayı	25	11	19	55	
	%	62.5	37.9	67.8	56.7	
-Önerenler	Sayı	15	18	9	42	
	%	37.5	62.1	32.1	43.3	
TOPLAM	Sayı	40	29	28	97	
	%	41.2	29.9	28.9	100.0	
$\chi^2=6.12 \quad p>0.05$						

Eczacıların OK kullanımı ile ilgili sorularda (2, 3, 5, 8) yarıya yakın doğru yanıt verirken, OK'lerin pelvik enfeksiyondan koruyucu olduğunu %13.4'ü bilmekte, yine 4/5'ü OK'lerin aralıklı kullanılması gerektiğini düşünmekte ve %90 dan fazlasının minihap, implant ve postkoital kontrasepsiyon ile ilgili bilgisi olmadığı görülmektedir. Eczacıların yaklaşık yarısı RİA'ların pelvik enfeksiyondan korumadığını bilirken, postpartum ve postabortal hemen RİA uygulanabileceğini yaklaşık %80'i bilmemektedir. Bu da danışmanlık için önemli bir bilgi eksikliğidir. Bariyer yöntemlerde önemli bir başvuru yeri olan eczaneler için bariyer yöntemlerle ilgili özellikle koruyuculuk oranları ve kişiye uygun yöntem seçimine ait bilgilerinin 4/5 oranında eksik olduğu görülmektedir. Eczacıların üçte ikisinin de cerrahi sterilizasyon yöntemleri hakkında bilgi eksikliğine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Eczacıların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Dağılımı (%).

Bilgi Soruları	Yüzde
ORAL KONTRASEPTİFLE İLGİLİ SORULAR	
1.OK'ler pelvik enfeksiyondan koruyucudur (D)	13.4
2.OK kullanırken ara kanaması olursa RİA'ya geçilir(Y)	39.2
3.OK kullanılmaya başlar başlamaz güvenli olur (Y)	59.8
4.OK nulliplarlarda fertlileyi olumsuz etkiler (Y)	39.2
5.OK dış gebelik riskini artırır (Y)	43.3
6.Hormonal kontraseptifler aralıklı kullanılmaktadır	21.6
7.Türkiye'de progesteronlu tek hap vardır (D)	9.3
8.OK kullanmadan kan basıncı ölçülmelidir (D)	45.4
9.Oral antidiyabetik alan kadına implant uygundur (D)	4.1
10.Postkoital olarak implantasyon önenebilir (D)	9.3
RIA İLE İLGİLİ SORULAR	
11.RIA pelvik enfeksiyondan korur (Y)	52.6
12.Postpartum ve postabortal RIA hemen uygulanabilir (D)	20.6
BARIYER YÖNTEMLERLE İLGİLİ SORULAR	
13.Spermisitler %96 korur (Y)	13.4
14.Diyafram kullanmak için hekim şarttır (D)	71.1
15.Her erkek kondom, her kadın diyafram kullanabilir (Y)	28.9
16.Vajinal ovül kullanımında etki süresi 24 saattir(Y)	71.1
CERRAHİ STERİLİZASYONLA İLGİLİ SORU	
17.Vazektomi tüp ligasyonundan kolaydır (D)	29.9

AP hakkında eğitim alanların almayanlara göre bilgi sorularına verdikleri yanıtların farklı olup olmadığı incelendiğinde, her grup soruda eğitim alanların istatistiksel anlamda etkili bir fark oluşturmadığı görülmektedir (Tablo 7). Alınan eğitimin fakültede aldıkları ders veya bazı kurslar yoluyla olduğu düşünülürse, belki de eğitimin klasik oluşu, üzerinden zaman geçmiş olması gibi nedenlerle etkin olmadığı düşünülebilir.

Tablo7. Araştırmaya Katılan Eczacıların Eğitim Alıp Almama Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.

GRUPLAR		Eğitim Alma Durumu			
		Alan	Almayan	Toplam	
OK İle İlgili Sorular-	Sayı	130	146	276	
	Doğru Yanıt %	30.2	27.0	28.5	
	-Yanlış Yanıt	Sayı	132	183	315
	%	30.7	33.9	32.5	
-Bilmiyorum	Sayı	168	211	379	
	%	39.2	39.1	39.0	
X ² =1.61 p>0.05					
RIA İle İlgili Sorular	Sayı	33	38	71	
	Doğru Yanıt %	38.4	35.2	36.6	
	-Yanlış Yanıt	Sayı	31	39	70
	%	36.0	36.1	36.1	
-Bilmiyorum	Sayı	22	31	53	
	%	25.6	28.7	27.3	
X ² =0.30 p>0.05					
Bariyer Y. İle İlgili Sorular	Sayı	78	101	179	
	Doğru Yanıt %	45.3	46.8	46.1	
	-Yanlış Yanıt	Sayı	52	53	105
	%	30.2	24.5	27.1	
-Bilmiyorum	Sayı	42	62	104	
	%	24.4	28.7	26.8	
X ² =1.84 p>0.05					
Cerrahi S.Yönt.İlgili Sorular	Sayı	14	15	29	
	Doğru Yanıt %	32.6	27.8	29.9	
	-Yanlış Yanıt	Sayı	5	4	9
	%	11.6	7.4	9.3	
-Bilmiyorum	Sayı	24	35	59	
	%	55.8	64.8	60.8	
X ² =0.96 p>0.05					

not:sayılar, doğru yanıt sayılarıdır, oranları katılımcıların tam doğru yanıt toplamına göre hesaplanmıştır.

Tablo8a. Araştırmaya Katılan Eczacıların Mezuniyet Yıllarına Göre Bilgi Sorularına Doğru Yanıt Verme Durumlarının Karşılaştırılması. Mezuniyet Yılı

BİLGİ SORULARI		Mezuniyet Yılı			
		<1970	1971-1974	1975-1979	(N²- p)
ORAL KONTRASEPTİFLERLE İLGİLİ SORULAR					
1.OK'ler pelvik enfeksiyondan koruyucudur (D)	Sayı %	4 10,9	7 17,2	4 14,3	N²=0,78 p=0,05
2.OK kullanırken ara kanaması olursa RİA'ya geçilir(Y)	Sayı %	13 32,5	9 21,5	13 46,4	N²=1,42 p=0,05
3.OK kullanılmaya başlar başlamaz güvenli olur (Y)	Sayı %	24 60,0	10 25,2	18 67,7	N²=0,49 p=0,53
4.OK nulliplarlarda fertilitiyi olumsuz etkiler (Y)	Sayı %	16 40,	13 32,5	8 28,6	N²=2,24 p=0,05
5.OK dış gebelik riskini artırır (Y)	Sayı %	18 45,0	13 31,5	12 42,8	N²=0,05 p=0,55
6.Hormonal kontraseptifler aralıklı kullanılmalıdır (Y)	Sayı %	4 10,9	7 17,1	10 35,7	N²=6,57 p=0,05
7.Türkiye'de progesteronlu tek hap vardır (D)	Sayı %	6 15,0	1 2,4	4 14,3	N²=2,87 p=0,05
8.OK kullanmadan kan basıncı ölçülmelidir (D)	Sayı %	14 35,0	16 39,2	13 46,4	N²=3,16 p=0,05
9.Oral antidiyabetik alan kadına implant uygundur (D)	Sayı %	1 2,5	2 4,9	1 3,6	N²=0,8 p=0,05
10.Postkoital olarak implantasyon önlenbilir (D)	Sayı %	3 7,5	7 17,2	1 3,6	N²=3,41 p=0,05
RİA İLE İLGİLİ SORULAR					
11.RİA pelvik enfeksiyondan korur (Y)	Sayı %	22 55,0	15 36,4	17 60,7	N²=2,29 p=0,05
12.Postpartum ve postabortal RİA hemen uygulanabilir (D)	Sayı %	7 17,5	7 17,1	6 21,4	N²=0,45 p=0,05

Tablo8b. Araştırmaya Katılan Eczacıların Mezuniyet Yıllarına Göre Bilgi Sorularına Doğru Yanıt Verme Durumlarının Karşılaştırılması. Mezuniyet Yılı

BİLGİ SORULARI		Mezuniyet Yılı			
		<1970	1971-1974	1975-1979	(N²- p)
B. BİYER YÖNTEMLERLE İLGİLİ SORULAR					
13.Spermisitler %96 korur (Y)	Sayı %	10 25,0	12 29,5	6 21,4	N²=0,50 p=0,05
14.Diyafram kullanmak için hekim şarttır (D)	Sayı %	31 77,5	18 42,1	20 71,4	N²=1,95 p=0,05
15.Her erkek kondem, her kadın diyafram kullanabilir (Y)	Sayı %	10 25,0	8 19,0	10 35,7	N²=0,95 p=0,05
16.Vajinal ovül kullanımında etki süresi 24 saattir (Y)	Sayı %	29 72,5	19 45,2	21 73,0	N²=0,68 p=0,05
CERRAHI STERİLİZASYONLA İLGİLİ SORU					
17.Vazektomi tüp ligasyonundan kolaydır (D)	Sayı %	10 25,0	13 30,8	6 21,4	N²=1,5 p=0,05
TOPLAM	Sayı %	40 100,0	29 100,0	28 100,0	

Eczacıların fakültece mezun oldukları yıla göre, doğru yanıt oranları karşılaştırıldığında; genelde 1970 öncesine göre 1971 ösen sonra doğru yanıt oranları artıyor gibi görünmektedir (Tablo 8). Ancak, sadece hormonal kontraseptiflerin aralıklı kullanılması ile ilgili soruda istatistik olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Zaten, genel olarak tüm soruların doğru yanıtlanma oranları oldukça yüksektir. Bu durum, eczacıların mezuniyet yılı ya da kendi belirlilikleri eğitim alma durumları ile ilişkili görülmemektedir. Ama mezuniyet sonrası hizmet içi eğitime çok ihtiyaçları olduğu açıktır.

Tablo9. Araştırmaya Katılan Eczacıların Cinsiyetinin Doğum Kontrol Yöntemi Seçimine Etkisi Olup Olmadığı Konusunda Görüşlerinin Dağılımı (%)

Cinsiyetin Doğum Kontrol Yöntemi Seçimine Etkisi	Sayı	Yüzde
Var	72	74,2
Yok	25	25,8
Toplam	97	100,0

Eczacıların %74,2'si kontraseptif yöntem seçimine cinsiyetinin etkili olduğunu ifade etmektedirler (Tablo9). Eczacıların %90,7'si (88) sadece kontraseptif yöntem seçmeyi tercih edemeyeceklerini, %7,2'si (7) tercih edileceğini belirtmiştir.

Tartışma: Tüm dünyada eczaneler AP yöntemlerinin belli başarı elde edileceği ve bilgi istendiği yerlerdir. Çalışmamızda da aynı-

cıların %77.3'ü eczaneye başvuran müşterilerin AP konusunda bilgi istediklerini ifade etmektedirler. Bu oran, bazı ülkelerde %50'dir (1). Ankara'da ise eczanelerin dörtte üçü AP danışmanlığının alınacağı hedef durumundadır. Bu talebin hedefi olan eczacıların eğitim durumları incelendiğinde, %48.4'ünün hiç AP eğitimi almadıkları, %7.2'sinin kitap, yayın, broşür, basın vb den bilgi edindiği, ancak %44.4'ünün mezuniyet öncesi ders ve mezuniyet sonrası kurs şeklinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Türkiye'de eczacılar üzerinde yapılan bir çalışmada ise eczacıların %31.3'ünün AP konusunda eğitim aldığı saptanmıştır (4). Ankara'daki eczacılarda bu oran daha yüksek görülmektedir.

Araştırma kapsamına giren eczacıların çoğunluğu (%91.7) Ankara'daki eczacılık fakültelerinden mezundur ve eğitim alma durumu mezuniyet yılı ile ilişkilidir. 1971 den sonra mezun olanlarda AP eğitimi alma oranı yükselmektedir ($p<0.001$). Bu, müfredat programlarına AP eğitiminin girmiş olmasından kaynaklanabilir. Ancak, yapılan çalışmalarda, çoğu ülkede fakültelerde verilen eğitimin içerik ve kullanılan eğitim teknikleri nedeniyle yetersiz olduğu gösterilmiştir (1). Nitekim çalışmamızda AP eğitimi alanların %40'ı aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını ifade etmekte ve yaklaşık %70'i AP eğitimi almak istediklerini ifade etmişlerdir. Yine eczacıların %23.7'si AP konusunda bilgilenmek için ilaç firması broşürlerine başvurmakta, %57.7'si ise hiçbir materyale başvurmamaktadır.

Eczanelerde satılan doğum kontrol yöntemlerinden 1. sırayı OK'ler, 2. sırayı kondom, 3. sırayı spermisitler ve 4. sırayı da RİA almaktadır. Bu durumda, eczacıların OK'ler ve bariyer yöntemlerle ilgili bilgi düzeyleri önem kazanmaktadır.

Eczacıların OK'lerle ilgili bilgi sorularına yanıtları incelendiğinde; %22.3 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Eczacıların yeni yöntemler (implant gibi) hakkında bilgi düzeyleri çok daha düşük düzeydedir (%4.1 doğru yanıt). OK'lerin pelvik enfeksiyondan korumadığı gibi yanlış bilgi eczacıların beşte dördünde vardır.

Bariyer yöntemlerle ilgili olarak %46.1 oranında doğru yanıt ile daha başarılı oldukları gözlenmiştir. Ancak eczacıların sadece %13.4'ü spermisitlerin etkinlik oranının düşük olduğunu bilmektedir. Bu konuda Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların sonuçları da benzerdir (1, 5).

Bilgi sorularına verilen yanıtlar, eğitim alma durumu ve mezuniyet yılı ile karşılaştırıldığında, genelde eğitim alma ve mezuniyet yılı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Birçok ülkede ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda eczacılık fakültelerinde alınan AP eğitiminin yetersiz olduğu gösterilmiştir (1, 5). Buna dayanarak da, 1970 lerden itibaren hizmetçi eğitim programları düzenlenmiştir. Ancak kursların ihtiyaçlara göre ve yetişkin eğitiminde kullanılan aktif eğitim yöntemleriyle ele alınmasının yararlı olacağı kanısına varılmıştır (1).

Ote yandan eczacıların %67'si düşük dozlu OK'leri tercih ettiklerini ve tercih nedenini yan etkileri az, kullanımı kolay, bitkisel olduğu vs. şeklinde belirtmişlerdir. OK'lerle ilgili bilgi sorularına ancak %22.3 oranında doğru yanıt veren eczacılar %67 oranında düşük dozlu OK'leri tercih etmeleri oldukça olumludur.

Eczacıların başvurularına RİA önerme oranları ise %43.3'dür. Tercih ettikleri RİA tipi ise %85.7 ile Multiload Cu 250 veya 375'dir. Bu tercihin nedenleri ise uzun etkili, güvenli olması, hekimlerin tercih etmesi ve firmadan kolaylıkla sağlanabilmesidir. Cu T 380 A sağlık kurumlarında uygulandığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtıldığı için eczacılar bu tip RİA'lardan hiç bahsetmemektedir.

Eczacıların %74.2'si eczacının cinsiyetinin kontraseptif yöntem satışında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Mısır'da ve Paraguay'da yapılan çalışmalarda da kadınların bayan eczacıyı tercih ettikleri gösterilmiştir (1). Bu tercih, doğum kontrolü ve küretaj konusunda hekim cinsiyeti tercihinde de bir oranda geçerlidir (6)

Sonuç olarak, eczacıların AP konusunda bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu, bu konuda kendilerini yetersiz hissettikleri ve eğitim almak istedikleri saptanmıştır. AP danışmanlığında başvuranların dörtte üçünün hedefi olan eczacılara, etkin bir AP danışmanlığı verebilmeleri için, mezuniyet öncesinde verilen eğitimin yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak iyileştirilmesi ve yaygın hizmet içi eğitim programları düzenlenip, bu programlara katılımın teşvik edilmesi gerekli olduğu kanısına varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Population Reports, Pharmacists and Family Planning, J. 37, 1990
2. HÜ Institute of Population Studies, 1988, "Turkish Population and Health Survey", April, 1989, Ankara, Turkey
3. TC Sağlık Bakanlığı. HÜNEE ve Macro International Inc.1994, "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması", 1993, Ankara, Türkiye
4. "Eczacı ve Aile Planlaması 2". İstanbul Eczacı Odası Yayınları 9, 1992
5. İKGV. "Tıbbi Personelin Kontraseptif Teknoloji Üzerine Eğitimi Konulu Proje Raporu". Şubat, 1992
6. Özyurda F., "Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Doğurgan Çağdaki Kadınların Doktor Cinsiyeti Tercihleri", AÜ Tıp Fakültesi Mecmuası. 45:1:137-142, 1992.

MARDİN İLİNDEN 1997 YILINDA BİLDİRİLEN POLİOMYELIT VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sehnaz TÜMAY* Dr. Nilgün ŞATIRLAR*, Uz. Dr. Oya Zeren AFŞAR*, Dr. Gökhan ERSUNAN**, Dr. Hüseyin FALAY**,
Dr. İbrahim YÜCESOY**, Yrd. Doç. Dr. Melikşah ERTEM***, Prof. Dr. Suai ÇAGLAYAN*

*Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**Mardin İl Sağlık Müdürlüğü

***Dicle Ün. Tıp Fak., Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılına kadar dünyadan vahşi polio virusuna bağlı poliomyelitini eradikasyonunu hedeflemiştir. Eradikasyonun anlamı yalnızca klinik vakaların yok edilmesi değil, ortamda dolaşan vahşi virusun da ortadan kaldırılmasıdır. Ülkemizin güneydoğu bölgesini, Suriye ve Irak'ın kuzeyini kapsayan alan, DSO tarafından dünyadaki vahşi polio virusu odaklarından biri olarak değerlendirilmekte ve bu bölgede hastalığın kontrolü için özel önlemlerin alınması önerilmektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesindeki iller rutin aşılama oranlarının düşüklüğü nedeniyle polio yönünden risk altındadır. Bölgeden bildirilen ve incelenen AFP vakalarının sayısının beklenene göre çok az olması nedeniyle, vahşi virus çolaşımı olasılığını ekarte etmek mümkün olmamaktadır. Dünyada polio eradikasyonu hedefine ulaşmak için sınırlı bir zaman kaldığı da dikkate alındığında, saptanan bir tek polio vakası bile ülkemiz açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu makale, 1997 yılında Mardin ilinde saptanan 6 polio vakasının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Vakaların paralizeleri Temmuz-Ekim aylarında başlamış ve DSO referans laboratuvarı tarafından vahşi virus izolasyonu doğrulanmıştır. 6 vaka da 3 yaş altında olup hiçbiri poliomyelitle karşı tam olarak aşılanmamıştır. Vakaların çoğunun kalabalık ailede yaşadıkları, annelerinin eğitimsiz olduğu ve babalarının iş dolayısıyla polio vakalarının sık görüldüğü bir bölge olan kuzey Irak'ta bağlantıları olduğu saptanmıştır.

Mardin ili genelindeki aşı oranları, AFP surveynansı ve polio eradikasyon programının sorunlar değerlendirilerek alınan önlemler tartışılmıştır.

SUMMARY

World Health Organization (WHO) has targeted eradication of poliomyelitis in the world by the year 2000. The concept of eradication comprises not only the absence of clinical cases, but the prevention of circulation of wild virus. The area including southeastern Turkey, northern Syria and northern Iraq has been considered as one of the last areas of transmission by WHO; and special measures have been recommended for this area. The provinces in Southeastern Anatolia region are under high risk for polio because of low routine immunization coverage. As the number of reported AFP cases is also low compared to the expected number, it is improbable to eliminate the possibility of wild virus circulation. Even a single case of polio is very important for our country, taking into account the target date for eradication.

This article has been prepared to evaluate 6 polio cases reported from Mardin province in 1997. The onset of paralyzes has taken place between July and October, and wild virus isolation has been confirmed by WHO reference laboratory. All cases were under 3 and none were fully immunized against polio. Most of the cases were living in crowded families, their mothers were not educated and their fathers had contact with northern Iraq, where poliomyelitis was prevalent.

Immunization coverage, AFP surveillance and problems of polio eradication programme in Mardin province have been evaluated; current and future activities have been discussed.

Giriş: Poliomyelit, nonspesifik hastalık bulgularından, kalıcı paralizelere kadar değişik klinik tablolar gösteren akut viral bir hastalıktır. Aşılama oranları düşük ve gelişmekte olan ülkelerde poliomyelit sık görülmekte, felçlere ve ölümlere neden olmaktadır. Enfeksiyondan en fazla 5 yaş altı çocuklar etkilenmektedir.

Vahşi poliovirus enfeksiyonlarının çoğu asemptomatiktir. 1-14 yaş grubu çocuklar arasında, her paralizetik vakaya karşılık 100 enfekte vaka belirlenmiş, 0 yaş grubunda ise her paralizetik vakaya karşılık 200 subklinik vakanın olduğu saptanmıştır.

Vahşi polio virusu direkt veya indirekt yolla insandan insana bulaşır. Kötü çevre sağlığı ve hijyenik koşullar virus yayılımını hızlandırır. Virusun vücutta giriş yeri genellikle ağızdır. 2 yaş altındaki çocuklar, fekal-oral ve oral-oral bulaşma açısından risk grubunu oluştururlar. Su, süt ve yiyeceklerin kontaminasyonunda kaynak feçestir. Ayrıca sinekler feçesten yiyeceğe polio virusunu taşıyıcıdır.

Hastalığın yayılımından paralizetik vakalardan çok subklinik veya minör hastalık geçiren kişiler sorumlu tutulmaktadır. Hastalıkta uzun süreli taşıyıcılık yoktur. Semptomların çıkışından birkaç gün öncesinde ve sonrasında bulaşıcılık en fazladır.

Hastalığa karşı bağışıklık, vahşi virus ile enfeksiyon (belirgin olmayan ve hafif seyreden enfeksiyonlar dahil) ve aşılama sonucunda meydana gelir. Enfeksiyon geçirme veya tam ve etkin aşılama sonucunda kazanılan bağışıklık hayatı boyu sürer.

Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılına kadar dünyadan vahşi polio virusuna bağlı poliomyelitini eradikasyonunu hedeflemiştir. Eradikasyonun anlamı yalnızca klinik vakaların yok edilmesi değil, ortamda dolaşan vahşi virusun da ortadan kaldırılmasıdır. Bu hedef doğrultusunda, ülkemizde de 1989 yılında "Polio Eradikasyonu Programı" başlatılmıştır.

Programın stratejileri şunlardır:

-0 yaşındaki çocuklarda 3 doz oral polio aşısıyla yüksek oranda aşılama düzeyine ulaşmak ve bu oranın devamlılığını sağlamak.
-Ortaya çıkan her akut flasak parali (AFP) vakasını klinik, laboratuvar ve epidemiyolojik olarak inceleyerek poliomyelit olup olmadığını belirlemek.

-Destek aşılama aktiviteleri gerçekleştirmek (Ulusal Aşı Günleri (UAG), Mop-up).

Yapılan toplumsal araştırmalarla, 15 yaşın altındaki popülasyonda yılda en az 1/100 000 oranında polio dışı nedenlere bağlı AFP görüldüğü saptanmıştır. Polio Eradikasyonu Programı hedeflerine ulaşabilmesi için beklenen bu vakaların tümünün saptanması, polio olup olmadığının anlaşılabilmesi için inceleme ve izleme alınması gerekmektedir. Ülkemizde tüm hekimler, poliomyelit şüphesi olsun olmasın, AFP vakalarının zaman geçirmeksizin ihbarından sorumludur. Vakayı ilk saptayan hekim İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirmekte, ardından hastadan uygun şartlarda gaita numunesi alınmaktadır. Uygun gaita numunesi; paralizinin başlangıcından sonraki ilk 14 gün içerisinde, 24-48 saat aralıklarla uygun miktarda 2 gaita numunesinin alınması ve soğuk zincir kuralları içerisinde Refik Saydam Hfzıssıhha Merkez Başkanlığı Viroloji Laboratuvarına gönderilmesidir. AFP vakası 60 gün boyunca izlenmekte ve bu süre sonunda kesin tanısı konmaktadır.

Ülkemizde, bildirilen AFP vakalarından en son vahşi polio virüsü izolasyonu 1995 Mayıs'ında gerçekleştirilmiş, bu tarihten 1997 Temmuz ayına dek vahşi virus izolasyonu yapılmamıştır. 1997 yılında, Mardin'de yaşayan 8 AFP vakası ve temaslılarından alınan numunelerin 10'unda vahşi polio virüsü izole edilmiş ve 6 poliomyelit vakası Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından doğrulanmıştır. 1 vakanın numunesi henüz inceleme aşamasındadır. Durum üzerine Mardin iline gidilerek, vaka araştırması yapılmış, yurtdışı bağlantısı araştırılmış ve bağışıklama ve AFP sürveyansı tespit ve güçlendirme çalışmaları yapılmıştır.

Ülkemizin güneydoğu bölgesini, Suriye ve Irak'ın kuzeyini kapsayan alan, DSÖ tarafından dünyadaki vahşi polio virüsü odaklarından biri olarak değerlendirilmekte ve bu bölgede hastalığın kontrolü için özel önlemlerin alınması önerilmektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesindeki iller rutin aşılama oranlarının düşüklüğü nedeniyle polio yönünden risk altındadır. Bölgeden bildirilen ve incelenen AFP vakalarının sayısının beklenene göre çok az olması nedeniyle, vahşi virus dolaşımı olasılığını ekarte etmek mümkün olmamaktadır. Dünyada polio eradikasyonu hedefine ulaşmak için sınırlı bir zaman kaldığı da dikkate alındığında, saptanan her polio vakası ülkemiz açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu makale, 1997 yılında Mardin ilinde saptanan 6 polio vakasının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu bağlamda ilin aşılama hizmetleri ve sürveyansı da irdelenmiş olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın temel veri kaynağı, poliomyelit vaka bildirim ve vaka inceleme formlarıdır. Formlar, Mardin Sağlık Müdürlüğü tarafından vakaların evde ziyaret edilmesi ile doldurulmuş, Kasım 1997'de yapılan inceleme gezisinde ulaşılabilenler tekrar ziyaret edilerek ek bilgi toplanmıştır. Aşılama oranları ve AFP sürveyansının değerlendirilmesi Sağlık Bakanlığı kayıtları üzerinden yapılmıştır.

Bulgular: Mardin Sağlık Müdürlüğü tarafından 1997 ilk 10 ayı içerisinde 4 akut flask paralizi vakası tespit edilmiştir. Polio Eradikasyon Programı çerçevesinde bu vakalardan alınan gaita numuneleri Refik Saydam Hızlısıhha Merkez Başkanlığı (RSHMB) Laboratuvarında virolojik incelemeye alınmıştır. 23 Temmuz tarihinde paralizisi başlayan vaka ile 5 Eylül tarihinde paralizisi başlayan vaka ve 3 temaslısında polio tip 1 izole edilmiş ve 30 Ekim tarihinde Dünya Sağlık Örgütü Referans Laboratuvarında Polio Tip 1 non sabin-like olarak teyid edilmiştir. Takiben biri Mardin Sağlık Müdürlüğüne, 3'ü Diyarbakır Dicle Üniversitesinden bildirilen ve hepsi Mardin ikametli olan 4 AFP vakası daha saptanmıştır. Son vakaların da eklenmesiyle toplam 8 AFP vakasından diğer 6'sında yapılan laboratuvar incelemeleri sonucunda 3 vaka ve üreme olan ancak tiplendirilememiş bir vakanın temaslısında polio tip 1 izole edilmiştir. Yurtdışı laboratuvar teyidi 21 Kasım tarihinde alınmış ve bunlar da Polio Tip 1 non sabin-like olarak teyid edilmiştir.

Poliomyelit tanısı alan 6 vakaya ait bazı demografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Vakaların Bazı Demografik Özellikleri.

Vaka no	Cins	Yaş	İlçe	Hanedeki çocuk sayısı	Annenin eğitim durumu	Baba mesleği
1	E	10 ay	Kızıltepe	6	Okur yazar değil	Şoför
2	K	9 ay	Kızıltepe	4	Okur yazar değil	İşsiz
3	E	1	Kızıltepe	Veri yok	Veri yok	Veri yok
4	E	2	Kızıltepe	1	Okur yazar değil	Şoför
5	E	1	Savur	5	Okur yazar değil	İşçi
6	K	10 ay	Kızıltepe	11	Okur yazar değil	Şoför

Tablo 1'de görüldüğü gibi vakaların tümü 2 yaş ve daha altındadır. 6 vakanın 5 tanesi Kızıltepe ilçesindedir. Ulaşılabilen 5 vakanın 4'ü kalabalık ailede yaşamaktadır ve beşinin de annesi okur yazar değildir. Çalışan babaların, işleri dolayısıyla sık sık Küzey Irak'a gidip geldikleri öğrenilmiştir.

Tablo 2: Vakaların Aşılanma Durumu, Klinik ve Laboratuvar sonuçları.

Vaka no	Aşı durumu	Başlangıç paralizis tablosu	Rezidüel paralizis	RSHMB Lab. sonucu
1	Aşısız	Sağ bacak paralizisi	Var	Tip 1 vahşi
2	Aşısız	Alt ekstremitede asimetric paralizis	Var	Tip 1 vahşi
3	Aşısız	Tetrapleji	Var	Tip 1 vahşi
4	Aşısız	Bilateral akut flask paralizis	Var	Tip 1 vahşi
5	Aşısız	Sağ bacakta motor kayıp, DTR (-)	Var	Tip 1 vahşi
6	Aşısız	Sağ bacak paralizisi	Yok	Temaslısında tip 1 vahşi

Tablo 2'de vakaların aşılanma durumu, klinik bulgu ve laboratuvar sonuçları sunulmuştur. Çocukların hiçbirisi rutin aşılanma programına göre tam aşılanmamış, soruşturulduğunda UAG ya da mop-up sırasında 1 ya da 2 doz polio aşısı aldıkları öğrenilmiştir. Hepsinde klinik olarak polio ile uyumlu akut flask paralizis tablosu saptanmıştır. 60 günlük izlem sonunda vakaların 5'inin paralizisi devam etmektedir. Temaslısında üreme olan vakada ise kalıcı paralizis yoktur. Vakaların 5'inin kendisinin, birinin ise temaslısının gaita numunesinde Tip 1 vahşi polio virüsü üremiştir.

Tablo 3: Vakaların Paralizis Başlangıçına göre Bildirim ve Numune Alınma Zamanları.

Vaka no	Paralizis başlangıç tarihi	Vaka bildirim tarihi	Geçen süre (gün)	Numune alınma tarihleri	Geçen süre (gün)
1	23/07/97	07/08/97	15	6-7/08/97	15
2	05/09/97	08/09/97	3	9-10/09/97	4
3	25/09/97	13/11/97	48	30/09/97	5
4	01/10/97	06/10/97	5	16/10/97	15
5	04/10/97	13/11/97	40	23/10/97	19
6	10/10/97	13/11/97	34	20-21/10/97	10

Tablo 3'te vakaların paralizis başlangıç, bildirim ve numune alınma tarihleri ve arada geçen süreler görülmektedir. Vakaların paralizisleri Temmuz-Ekim ayları arasındaki 4 aylık sürede ortaya çıkmıştır. 6 vakanın ikisinin ilk 14 gün içinde Bakanlığa bildirim yapılmışken birinin 15. günde bildirildiği, üç tanesinin bildiriminin de 34 ve 40 güne kadar uzadığı görülmektedir. 6 vakanın yalnızca ikisinden paralizisinin başlangıcından sonraki ilk 14 gün içinde 24 saat aralıkla iki numune alınmıştır. Bir vakadan 15. günde iki, üç vakadan da yalnızca birer numune alınabilmiştir.

TABLO 4: Vakaların Karşınlanma Süresi

Vaka no	Nuruşu geldi tarihi	Polikliniğe kabul tarihi	Tezesten önce (gün)	Yeni Tezesten önce (gün)	Tezesten önce (gün)	Yeni Tezesten önce (gün)	Tezesten sonra (gün)
1	08.08.97	17.08.97	9	12.08.97	4	29.08.97	17
2	11.09.97	13.09.97	2	14.09.97	3	26.09.97	14
3	01.10.97	20.10.97	19	02.11.97	2	21.11.97	8
4	13.10.97	16.10.97	3	16.10.97	3	22.10.97	9
5	23.10.97	01.11.97	8	13.11.97	10	21.11.97	8
6	23.10.97	28.11.97	34	26.11.97	3		

Tablo 4'te vakaların laboratuvar sonuçlarını bekleme süreleri gösterilmiştir. RSMMB Laboratuvarında bu türden alınması için sürenin ortasına kadar olan süre median 23,5 gün, RSMMB'dan forma sonucu alınması ile yurt dışına gönderileceği arasındaki süre median 16 gündür. Yurt dışı referans laboratuvarları forma sonucu bildirim ise 0 ya da 16 günde gerçekleşmiştir.

TABLO 5: Martin ili Rutin ve İstisnai AFP'lerin Aşılama Oranları (Yıldız)

Yıl	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Rutin	44	38	21	19	30	31
İstisnai	10	10	10	10	10	10

Yıldız 5. Martın ili genelinde rutin ve istisnai aşılama oranlarıyla birlikte en düşük aşılama oranları gözlemlenmiştir. Rutin bağışlama hizmetleri kapsamında 1998 yılında 0-11 aylık çocuklara 1447, 1997 Eylül ayı itibarıyla ise 1.281,3 doz polio aşısı uygulanmıştır. 1997-10 ilkbahardan yazın Ulusal Aşı Haftasında ise 1. ve 2. tuma sırasıyla 0-59 aylık çocuklara 1.661 ve 1.661'tane uygulanmıştır. Sonbaharda 29 ilçe yapılan aşılamada 1.755'tane 0-59 yaş arası çocuklara 1.661'tane 2. tuma tıbbi aşıları uygulanmıştır.

Martin ilinin 13 yıl süreyle rutin ve istisnai aşılamada çalışmış olan en az 2 AFP vakası bildirilmesi beklenmektedir. 1997 yılında ise 3 AFP vakası bildirilmiştir.

Tartışılarda Polioyemli olduğu belirtilen 6 vakanın 21 ayın içinde yaşama devam etmektedir. Ailelerin genellikle vakaların nedeni ve ailelerin eğitimsizliği hastaların ortaya çıkmasını ve yayılmasını kolaylaştıran faktörlerdir. Çocukların bir kısmının ailelerinin polio vakalarına en yakın olduğu Kızılderuli ile olan bağlarını ve ailelerinin vaka ile ilgili olarak ne kadar bilgiye sahip oldukları araştırılmaktadır.

4 vakanın hiçbir hastalığa karşı tam olarak bağışlanmamış olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir. Hastaların aşılanma oranlarının düşük olması ve aşılanma oranlarının düşük olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir. Hastaların aşılanma oranlarının düşük olması ve aşılanma oranlarının düşük olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir.

Hastaların aşılanma oranlarının düşük olması ve aşılanma oranlarının düşük olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir. Hastaların aşılanma oranlarının düşük olması ve aşılanma oranlarının düşük olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir.

Sağlık personelinin yeterli eğitimi ve uygun donanım dağılımı, eğitim eksikliği, personel hareketliliğinin fazla olması, malzeme eksikliği

- Gerçek aşılama hizmetlerinde kullanılan aşıların yeterli eğitimi ve uygun donanım dağılımı, eğitim eksikliği, personel hareketliliğinin fazla olması, malzeme eksikliği
- Güvenlik sorunları

Polio Eradikasyon Programının etkinliği değerlendirilmesi için AFP bildirim oranları ve aşılanma oranları en az 10 gün içinde yapılması ve paralizinin süresince en az 14 gün içinde 24-48 saat aralığında 12 günde numunesi alınması ve 72 saat içinde çocuk zindiri koşullarında laboratuvarda değerlendirilmesi gerekmektedir. İncelenen 6 vakadan yalnızca ikisi için 14 gün içinde bildirim yapılmıştır. Diğer vakaların aşılanma oranları düşüktür. Buna karşın bu türden aşılanma oranlarının düşük olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir. Hastaların aşılanma oranlarının düşük olması ve aşılanma oranlarının düşük olması bu türden aşıların etkinliğini düşündürmektedir.

B. veriler ışığında Martın ve diğer ilde rutin ve istisnai aşılamada çalışmış olan en az 2 AFP vakası bildirilmesi beklenmektedir. 1997 yılında ise 3 AFP vakası bildirilmiştir.

B. veriler ışığında Martın ve diğer ilde rutin ve istisnai aşılamada çalışmış olan en az 2 AFP vakası bildirilmesi beklenmektedir. 1997 yılında ise 3 AFP vakası bildirilmiştir.

B. veriler ışığında Martın ve diğer ilde rutin ve istisnai aşılamada çalışmış olan en az 2 AFP vakası bildirilmesi beklenmektedir. 1997 yılında ise 3 AFP vakası bildirilmiştir.

B. veriler ışığında Martın ve diğer ilde rutin ve istisnai aşılamada çalışmış olan en az 2 AFP vakası bildirilmesi beklenmektedir. 1997 yılında ise 3 AFP vakası bildirilmiştir.

B. veriler ışığında Martın ve diğer ilde rutin ve istisnai aşılamada çalışmış olan en az 2 AFP vakası bildirilmesi beklenmektedir. 1997 yılında ise 3 AFP vakası bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Field Guide for Surveillance Activities in the Eradication of Polio Eradication (1999 Rev.).
2. Polio Eradikasyon Programı, Sağlık Bakanlığı, 2. Baskı, TO Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1997.
3. Polio-The Beginning of an End, World Health Organization, Geneva, 1997.
4. Polioyemli Eradikasyonu, Kızılderuli ile Rehber, TO Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1997.

11 İLDE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ PROGRAMI, 5 YILLIK SÜREÇTE GÖZLENEN DEĞİŞİMLER

Dr. Dilek HAZNEDAROĞLU*, Dr. Handan TOPÇUOĞLU*, Ecz. Münip ÜSTÜNDAĞ

ÖZET

Bu çalışmada, gelişmede ikinci derecede öncelikli 11 ilde (Amasya, Çankırı, Çorum, Erzurum, Gaziantep, Hatay, Kastamonu, Malatya, Manisa, Sinop, Tokat) beş yıl sürdürülen özel bir programın başlangıcında yapılan Durum Saptama araştırması ve programın sonunda gerçekleştirilen Değerlendirme araştırması karşılaştırılarak, son beş yıl içindeki gelişmeler incelenmiştir.

SUMMARY

In the development process a special programme for improving the health status of mothers and children has been implemented for 5 years in 11 provinces having secondary degree of priority. In this study, the results of the baseline survey carried out at the beginning and the evaluation survey have been compared and the improvements of 5 years period have been examined.

Giriş ve Amaç: Bir toplumun sağlığı o toplumun gelişmişliğini ve kalkınmasını belirleyen temel unsurlardır. Sağlıkla ilgili kullanılacak en temel ölçüt; anne, bebek ve çocuk sağlığı ölçütleridir. Yapılan projeksiyonlarda Ülkemizde Bebek Ölüm Hızı binde 42.2. Ana Ölüm Hızı ise yüzbinde 100 olarak tahmin edilmektedir. Ülkemizde anne çocuk sağlığının düzeyi gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, bu grubun sağlığının halen özel çabalarla desteklenerek, geliştirilmesi, iyileştirilmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının tümünde, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım, aile planlaması ve çocuk sağlığı hizmetleri entegre bir biçimde sunulmaktadır. Ancak, rutin olarak yürütülen bu ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde, öncelikli bölgelerde ve sorunlarda daha hızlı mesafe alabilmek için özel yaklaşımlar üzerinde de durulmaktadır.

Bu çalışmada gelişmede ikinci derecede öncelikli 11 ilde, 1990-1995 yılları arasında uygulanan, ana çocuk sağlığının geliştirilmesine yönelik programın etkilerini göstermek, sağlıklı ilgili bazı temel göstergelerde 5 yıl içinde meydana gelen değişimlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Gereç ve Yöntemler: Çalışmanın evreni gelişmede 2. Derecede öncelikli 11 ildir. Bu 11 ilde ana çocuk ve aile planlaması hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde geliştirmek, kırsal alanlara kadar yaygınlaştırmak, etkili nitelikli ve sürekli hizmetin verilmesini sağlayarak annenin ve çocuğun sağlık düzeyini yükselterek anne ve çocuk ölümlerini azaltmak için farklı düzeyde program uygulanmıştır.

İlde eğitim yapacak il eğitim ekipleri eğitim yöntemleri ve teknolojisi, eğitimin planlanması, uygulama ve eğitim araçlarının kullanımı konularında eğitilerek oluşturulmuştur. Programın başında il eğitim ekipleri, 4 haftalık eğitime, çalışma ortasında da 2 haftalık tazeleme eğitimine alınmışlardır. İlerde eğitim programlarının yürütülebileceği bir eğitim merkezi ile eğitime gelenlerin kalabilecekleri misafirhane kurulmuştur. İl eğitim ekipleri tarafından toplam 10.000 sağlık personeline yönelik hizmetçi eğitim ve uygulama eğitimleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 1'de eğitim alan sağlık personeli ve eğitim süreleri gösterilmiştir. Eğitimlerde ön test ve son test uygulanmıştır. Sektörlerarası işbirliği çalışmalarında Vali, kaymakam ve toplum liderleri olarak imam, muhtar ve öğretmenlere ana çocuk sağlığı konularında bilgi aktarılmış, motivasyonları artırılarak hizmetlere destek olmaları sağlanmıştır. 11 il valisi ve eşleri ile 3 kez 3'er günlük bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Kaymakamlar iler düzeyinde 2'şer günlük bilgilendirme toplantısına alınmışlardır. İmam, muhtar ve öğretmenler ise bir günlük bilgilendirme ve tartışma şeklinde sürdürülen toplantıya katılmışlar, bu toplantılar proje süresince sürdürülmüştür. Halk eğitimine ağırlık verilmiş, eğitim etkinliklerinde kullanılmak üzere eğitim materyalleri geliştirilmiştir. Hizmet sunumunda tutulan kayıtların niteliği üzerinde durulmuş, sürdürülen çalışmalara yönelik lojistik destek sağlanmıştır. Ayrıca program uygulamaları üç ayda bir yerinde değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Programın uygulandığı 11 ilde başından bir evlilik geçmiş kadınların yaş dağılımında, 1990 yılında 20 yaş altında bulunan kadınların %6.1 olan oranı, 1995'te %4.6 ya düşmüştür. Bu kadınların evliliklerini geciktirdiklerinin bir bulgusu olarak düşünülebilir.

Akraba evliliği yapma oranlarında yıllar içinde bir değişme gözlenmemiştir.

Doğurganlık yaşamının sonuna gelmiş kadınlar için hesaplanan tamamlanmış doğurganlık düzeyleri beş yıl içinde doğurganlıkta bir düşmenin olduğunu göstermektedir.6.1 olan tamamlanmış doğurganlık 5.7'ye düşmüştür. (Grafik 1) 1993 Nüfus ve Sağlık araştırmasında doğurganlık hızı 2.7 bulunmuş, ancak bölgeler arası farklılıklar dikkati çekmektedir. Ancak 11 ilde doğurganlık hızı ülke ortalamasının üzerinde bulunmuştur.

Ölen çocuk sayısının, canlı doğum sayısına oranlanması ile elde edilen çocuk ölüm oranı %16.2 iken yarı yarıya düşerek 1995 te %8.6 düzeyine inmiştir. (Grafik 2)

Kadınların son gebelikler sırasında doğum öncesi bakım alma oranlarında önemli gelişmeler izlenmiştir. Doğum öncesi bakım almama oranı 1990 yılında %63.6 iken, 1995 yılında %28.6'ya düşmüştür. (Grafik 3) 1993 Nüfus ve Sağlık araştırması ise doğumların %37'sinde annelerin doğum öncesi bakım almadıklarını göstermektedir.11 ilde yapılan doğum öncesi bakımın ülke ortalamasından yüksek bulunması, sağlık personeline verilen yoğun hizmetçi eğitim programlarının etkisi olarak düşünülebilir.

Doğum öncesi bakımın niteliği konusunda, doğum öncesi bakım sırasında, gebelerin %93'ünün tansiyonunun ölçüldüğü, %73'ünün kilosunun ölçüldüğü ve %91'inde ÇKS dinlendiği bulunmuştur. Ayrıca gebelerin %24'ünün en az bir kez hemoglobini ölçülmüştür.

Doğum öncesi bakıma ilişkin bir diğer bulgu da, birinci ve ikinci trimester de alınan bakımların oranlarındaki önemli artıştır.

Doğuma yardımcı olan kişiye ve doğumun yapıldığı yere bakıldığında sağlık kurumunda ve sağlık personeli tarafından yapılan doğumların oranındaki artış da dikkati çekmektedir.1990 yılında %51.5 olan bu oranın 1995 yılında %65 olduğu görülmektedir. (Grafik 4) 1990 yılında %17.9 olarak bulunan, evde yapılan ve sağlık personelinin bulunmadığı doğumların oranı 1995 yılında %7.4 olarak bulunmuştur.1993 Nüfus ve Sağlık araştırmasında, sağlık personeli olmaksızın evde yapılan doğumların oranı %24 bulunmuştur.11 ilde oldukça düşük bulunan bu oran, sağlık personelinin aldıkları eğitimin hizmete yansması olarak düşünülebilir.

Gerek doğum öncesi bakım alma gerekse, doğumu sağlık kurumlarında yapmaya etki eden en önemli faktörlerden birisinin,

kadının eğitimi olduğu her iki araştırmada da elde edilen önemli bir bulgudur.1993 Nüfus ve Sağlık araştırması sonuçları da aynı doğrultudadır.

Çocuklar arasındaki ishal yaygınlığına bakıldığında, araştırma tarihinden önceki son 15 gün içinde ishal olanların oranında bir azalma görülmektedir.1990 yılında son beş yıl içinde doğan ve son 15 gün içinde ishali olan çocukların oranı %25.2 iken, bu oran 1995 için %19.8 olarak bulunmuştur (Grafik 5). 1993 Nüfus ve Sağlık araştırmasında bu oran %25 bulunmuştur. Ülke genelinde ishal görüme sıklığı değişme göstermemektedir.

1995 yılı verilerinden sadece Orta Anadolu'da bulunan iller birleştirilerek sağlıklı bir değerlendirme yapılabilmektedir. 1990 yılında Orta Anadolu'da bebek ölüm hızı binde 87.8 olarak bulunmuş iken, bu hız 1995 yılında binde 44.3 olarak bulunmuştur.

1990-1995 döneminde Orta Anadolu illerinde görülen bu düşmenin 11 ile genellenmesi olası değilse de doğurganlığa ait bulunan çocuk ölüm oranları 11 il genelinde bebek ve çocuk ölüm oranlarında bir düşme olduğunu göstermektedir.

Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi sahibi olan kadınların oranı 1990 yılında olduğu gibi 1995 yılında da oldukça yüksektir.1990 yılında kadınların %57.4'ü herhangi bir zamanda modern bir yöntem kullanmış iken, bu oran 1995 yılında %61.1'e yükselmiştir (Grafik 6) 1993 Nüfus ve Sağlık araştırmasında evli kadınların %63'ünün gebeliği önleyici yöntem kullanıyor olmasına rağmen, sadece üçte birinin modern yöntem (%35) kullandığı bulunmuştur.

Evli olan ve gebe olmayan kadınlar arasında halen modern bir yöntem kullanan kadınların oranında küçükde olsa bir artış görülmektedir.1990 yılında kadınların %37.4'ü modern bir yöntem kullanırken, 1995 yılında %38.7'si modern bir yöntem kullanmaktadır.

Modern yöntem kullanımındaki artışa koşut olarak, geleneksel yöntem kullanımında da önemli bir azalma görülmektedir. Geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı 1990 yılında %37.3 iken, 1995 yılında %30.8 olarak bulunmuştur (Grafik 7).

Gebelikleri sırasında veya sonrasında sağlık personelinin gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi alan kadınların yaklaşık %60'ına bilgi, sağlık personelinin isteği üzerine verilmiştir.

Kadınların sağlık ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanmak için kolaylıkla ulaşabilecekleri sağlık kuruluşunun olup olmadığı incelendiğinde, kadınların %90'a yakın bir bölümü kolaylıkla ulaşabilecekleri sağlık ve aile planlaması hizmeti veren bir kuruluşun olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda iller arasında önemli bir farklılaşma bulunmamaktadır.

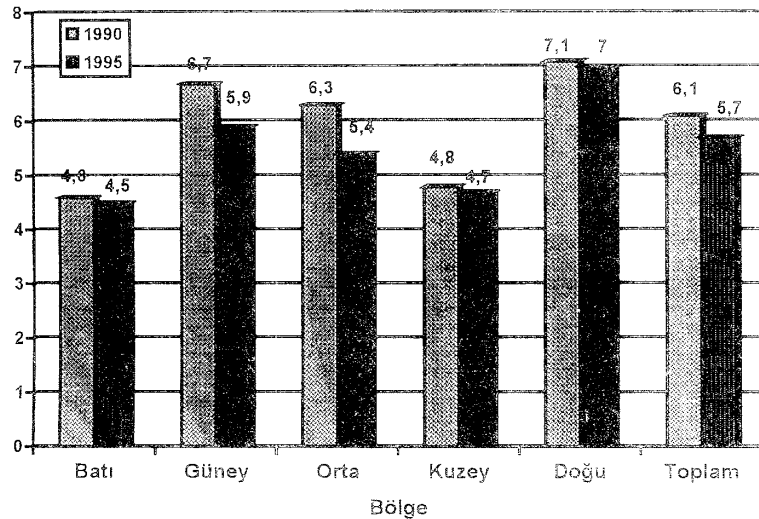
Sonuç ve Öneriler: Sağlık Bakanlığı tarafından, 1990-1995 döneminde proje illerinde gerçekleştirilen özel çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar, beş yıl süren proje kapsamındaki 11 ilde temel sağlık ve demografik göstergelerde önemli gelişmeler sağlandığını göstermektedir. Sağlanan gelişmelerin kalıcı ve sürekli olmasının sağlanması proje kapsamında yürütülen programların rutin uygulamalar haline gelmesi ile mümkün olacaktır. Ancak projenin uygulama aşamasında karşılaşılan bazı sorunların, rutin uygulamaya geçişte karşılaşılabilecek sorun olarak gözönüne alınması gerekmektedir. Bunlardan biri, proje illerinde görevli personelin il düzeyinde dengeli dağılımının olmamasıdır. Planlanan hizmetlerin etkin ve yaygın bir biçimde yürütülmesi için kurum ve kuruluşlardaki olması gereken personelin niteliği yanında, niceliğinin de yeterli olması ve dengeli bir dağılım göstermesi önemlidir. Personel hareketliliğinin yoğunluğu, personel yetersizliğine, dengesiz dağılımına ve eğitilen personelden yararlanılamamasına etki eden önemli bir faktör olarak görülmektedir. Personel hareketliliğinin iyi bir göstergesi, projede planlanan 5000 sağlık personeli olarak gerçekleştirilmesi gösterilebilir.

Merkez ve iller düzeyinde beş yıl yoğun çabalarla sürdürülen programın olumlu sonuçları, uygulanan yaklaşımlarının anne ve çocuk sağlığını iyileştirmede, düzeyini yükseltmede etkili olduğunu göstermektedir. Önemli olan bu uygulamaların proje sonrasında da sürdürülmesi ve diğer illere de yaygınlaştırılmasıdır. Ancak o zaman uzun vadede ki temel amaçlara ulaşılması mümkün olacaktır.

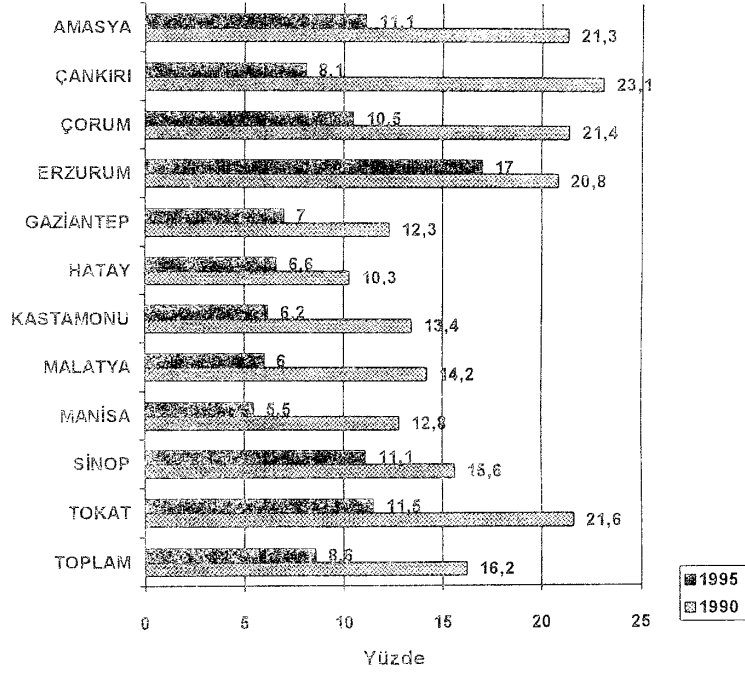
TABLO 1 : 11 İLDE EĞİTİM PROGRAMLARINA KATILAN PERSONEL SAYISI VE EĞİTİM SÜRELERİ

EĞİTİM ÇALIŞMALARI	EĞİTİLEN	EĞİTİM SÜRESİ (GÜN)
DOKTOR ADAPTASYON	1766	3
EBE HİZMETİÇİ EĞİTİM	4365	21
SAĞLIK MEMURU HİZMETİÇİ EĞİTİM	1122	5
HEMŞİRE HİZMETİÇİ EĞİTİM	834	21
HEKİM AP / RIA	670	21
EBE AP / RIA	1243	28

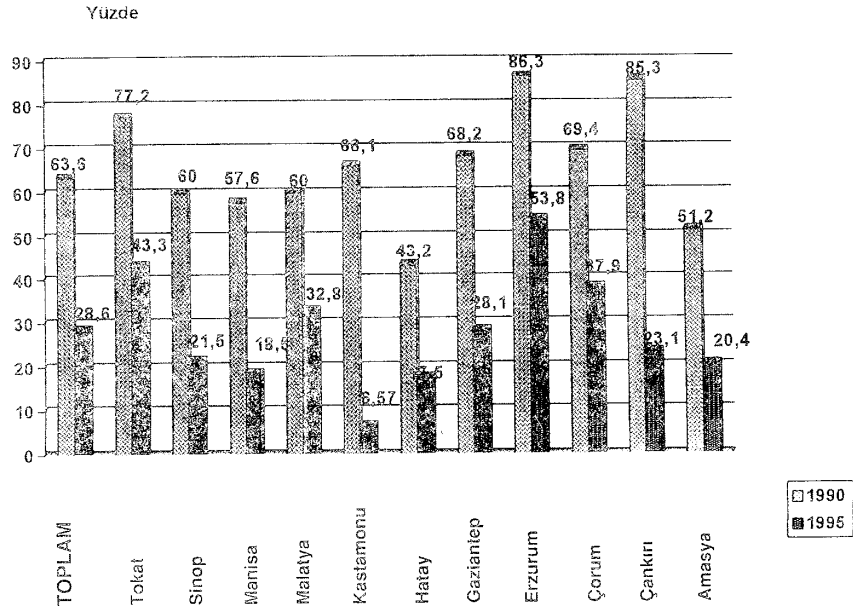
GRAFİK 1: BÖLGELERE GÖRE TAMAMLANMIŞ DOĞURGANLIK DÜZEYLERİ



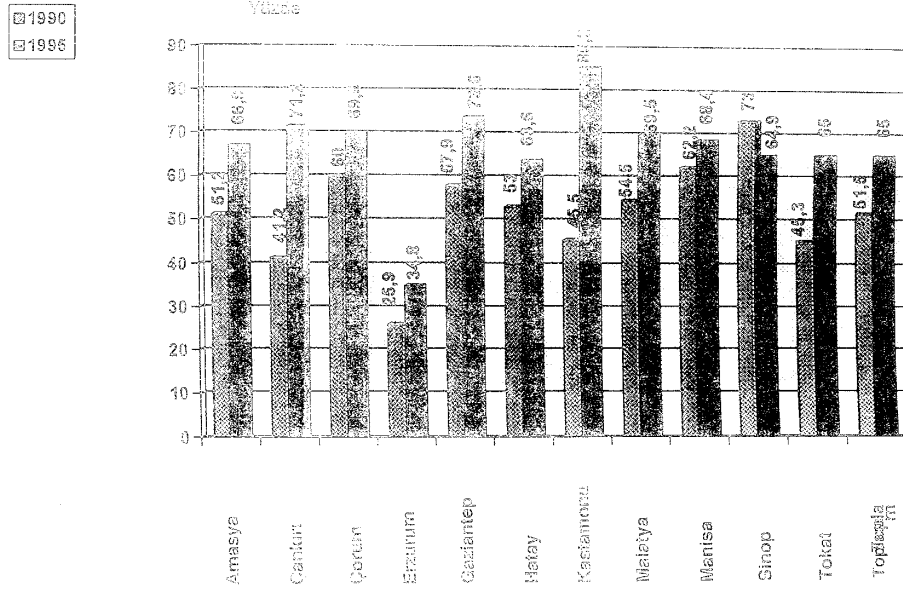
GRAFİK 2: ÖLEN ÇOCUK ORANLARININ İLLERE GÖRE YÜZDE DAĞILIMI



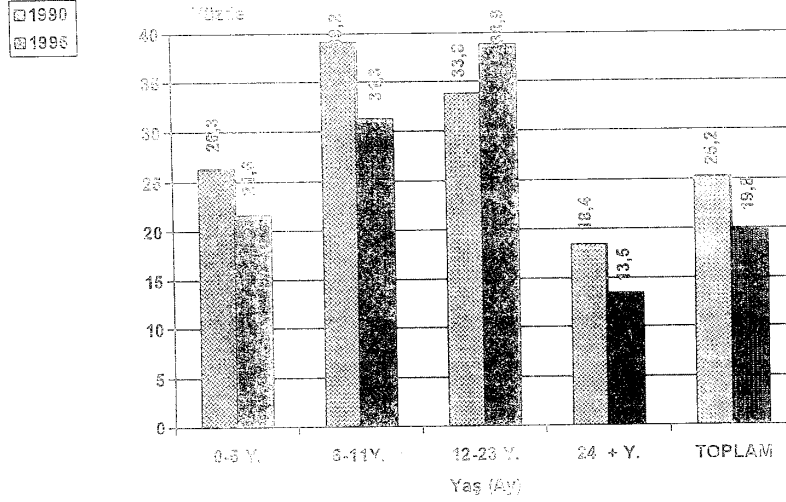
GRAFİK 3: SON GEBELİKLERİ SIRASINDA DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMAYAN KADINLARIN YÜZDESİ



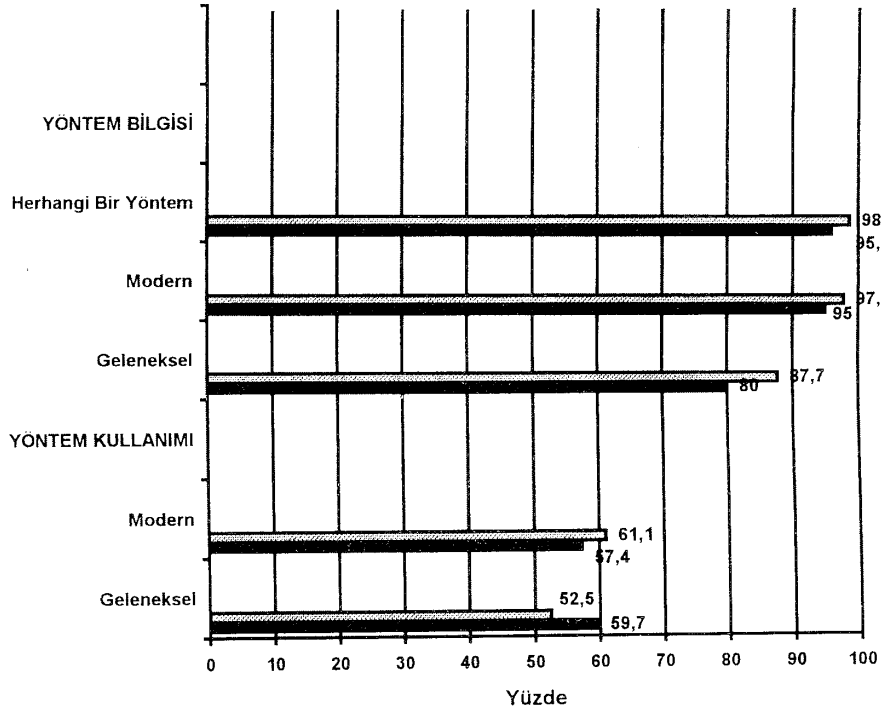
GRAFİK 4: DOĞUMUNU SAĞLIK KİTİRESİNDE VE SAĞLIK PERSONELİ YARDIMI İLE YAPAN KADINLARIN YÜZDESİ



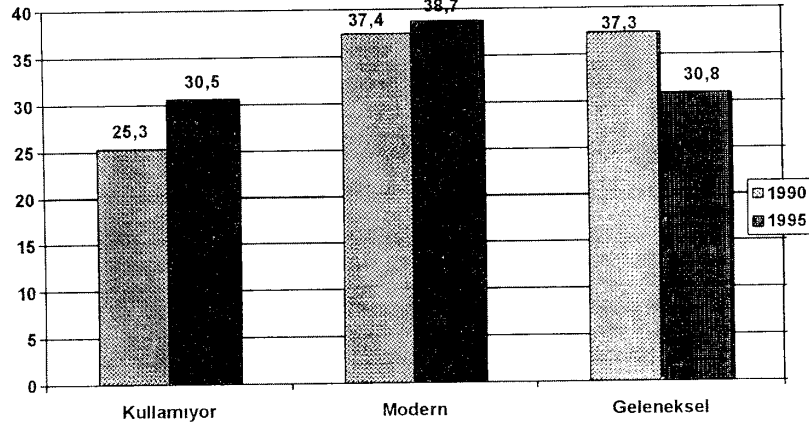
GRAFİK 5: SON 15 GÜN İÇİNDE İNEAL OLAN ÇOCUKLARIN YAŞLARINA GÖRE YÜZDE DAĞILIMI



GRAFİK 6: GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ BİLGİ VE UYGULAMA EVLENMİŞ KADINLAR



GRAFİK 7: GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM KULLANIMI.



KAYNAKLAR

- 1-Devlet Planlama Teşkilatı, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000 (1995), Ankara.
- 2-Wunsch, G., and Hancıoğlu A., Morbidity and Mortality Data: Problems of Comparability, 1997, Ankara.
- 3-TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye nüfus araştırması (1991), Ankara
- 4-Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1994), Ankara
- 5-Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Gelişmesi ikinci derecede öncelikli 11 ilde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Durum Saptama Araştırması (1991), Ankara
- 6-Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 11 ilde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri Değerlendirme Araştırması (1996), Ankara
- 7-Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı, AVSC International, Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması, (1995), Ankara.
- 8-United State Population Fund (UNFPA), Turkey: Programme Review and Strategy Development Report (1996), Ankara.
- 9-UNICEF, Ulusların Gelişmesi, (1997), Ankara

TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ GENEL DURUMU

Dr. Handan TOPÇUOĞLU *, Dr. Dilek HAZNELAROĞLU **, Doç. Münip ÜSTÜNDAĞ ***,
Uz. Dr. M. Rifat KÖSE ****

*Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Şube Müdürü
**Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Daire Başkanı
***Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdür Yardımcısı
****Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü

ÖZET

Bu bildiride Ülkemizde çocuk sağlığının durumuna ilişkin temel sağlık göstergelerden yola çıkarak mevcut bilgiler, öncelikli konuları da kapsayacak şekilde tartışılmıştır.

SUMMARY

The information on the situation of child health in Turkey based on primary health care indicators including priority subjects are discussed in the paper.

Giriş: Türkiye nüfusunun üçte biri 15 yaşın altında, yüzde 10.5'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Ülkemizde çocuk sağlığının durumunda yıl aralıkları ile belirgin iyileşmeler olmasına rağmen sosyoekonomik göstergelerle kıyasladığımızda yeterli düzeyde değildir. Ülkemizdeki gebelik ve doğuma bağlı olarak ortaya çıkan perinatal nedenler bebek ölümlerinde önemli yer tutmaktadır. Çocuk ölümlerinin ise önemli bir bölümü önlenebilir hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerle çocuk sağlığına ilişkin programların öncelikli ele alınması, bu konuda sektörlerarası düzeyde bir işbirliğinin sağlanması toplumun tüm katmanlarının konuya katkı ve katılımının sağlanması önem taşımaktadır.

Bulgular: Türkiye nüfusunun yüzde 60'ı doğurganlık çağındaki kadın ve çocuklardır. Nüfusun üçte biri 15 yaşın altında, yüzde 10.5'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. 1920'lerde binde 250'nin üzerinde olduğu tahmin edilen bebek ölüm hızı 1978-1983 yıllarında binde 92.0, 1983-1988 yıllarında binde 81.5'e düşmüştür. 1988-1993 yıllarında bebek ölüm hızı binde 52.6 olup, kır-kent oranları (binde 65.4; binde 44) ve bölgeler arasında farklılıklar vardır. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı ise binde 60.9'dur. DİE verilerine göre 1996 yılı itibarıyla BÖH binde 42.2, 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde 50'dir.

Ülkemizde veriler neonatal ölümlerin (binde 29.2), post-neonatal ölümlerden (binde 23.4) yüksek olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda daha önceki yıllara ait verileri inceleyecek olursak çocuk sağlığı göstergeleri içinde en büyük iyileşme postneonatal ölümlerde elde edilmiştir.

Ülkemizdeki gebelik ve doğuma bağlı olarak ortaya çıkan perinatal nedenler bebek ölümlerinde önemli yer tutmaktadır. Bu noktada da antenatal bakım, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması, yenidoğan bakımı konuları gündeme gelmektedir.

Ülkemizde anne ölüm hızı yüzbinde 132 (Devlet İstatistik Enstitüsü, 1981)'dir. Toplam doğurganlık hızı 2.7, doğum öncesi bakım hizmetleri alan gebe oranı yüzde 62, gebelerin yüzde 50'si de anemiktir. Her yüz gebeliğin 17.9'u isteyerek yapılan düşüklerle sonuçlanmaktadır. Anne ölümlerinin büyük çoğunluğunun çok erken (18 yaşından küçük), çok geç (35 yaşından büyük), çok sık (24 aydan az), çok fazla (4 ve 4'den fazla) gebeliklere bağlı olarak meydana gelen komplikasyonlarla kaynaklandığı bilinmektedir.

İstenmeyen ve riskli gebelikler çok fazla olmasına rağmen etkili aile planlaması yöntemi kullananların oranı yüzde 34.5'tir. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Türkiye genelinde gebelerin ortalama 3. ayda tespit edildiğini ve 4.7 kez izlendiğini, buna karşın yerleşim yeri ve coğrafi bölgeler itibarıyla sözkonusu göstergelerde dikkat çekici farklılıklar olduğunu göstermiştir. Doğumların 1/4'ü evde sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılmaktadır. Doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapan kadınların oranı kırsal yörelerde 40.5 iken, kentsel yörelerde yüzde 72.5'e çıkmaktadır.

Gerek BÖH gerekse diğer ölçütler yönünden bölgeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. BÖH'da kır-kent oranları ise sırası ile binde 65.4 ve binde 44'dür.

Çocuk ölümlerinin ise önemli bir bölümü önlenebilir hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu hastalıkların başında akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) ile ishalleri hastalıklar gelmektedir.

Akut solunum yolu enfeksiyonları 5 yaşından küçük çocuklarda daha çok kış aylarında görülen yaygın hastalıklarda biri olup, çocukları zatürre çocuk ölüm nedenleri içinde ikinci sırada yer almaktadır. (1990, DİE) 1993 Yılında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları prevalansı yerleşim yeri bölgelere, doğum sırasına ve cinsiyete göre farklılık göstermekte olup, tedavi şekillerine bakıldığında ASYE geçiren çocukların yüzde 37'sinin sağlık kuruluşuna götürüldüğü gözlenmektedir.

Ülkemizde tüm çocukların dörtte biri bir yıl içinde herhangi bir zamanda ishale yakalanmaktadır. İshal 6-11 ay arasında, düşük eğitim düzeyli annelerin çocuklarında, kırsal kesimde, doğum sırası arttıkça batıdan doğuya gidildikçe daha sık görülmektedir. 1993 TNSA sonuçlarına göre ishal prevalansı %24.8'dir. İshalleri hastalıklar 1986 yılında bebek ve çocuk ölümleri arasında ilk sırada gelirken günümüzde 6'ncı sıraya düşmüştür. (Kaynak: DİE 1994 Ölüm İstatistiği) Çocuklarda ishale bağlı ölümleri önlemenin en etkin yolu zamanında ağızdan sıvı tedavisine başlanmasıdır. İshalde ölümleri önlemede temel uygulama olan ishale ağızdan sıvı tedavisi oranı 1990 yıllarında yüzde 44 iken günümüzde yüzde 80'e yükselmiştir.

Ülkemizde beslenme yetersizlikleri de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. 1993 TNSA'ya göre ülkemizde, 5 yaş altındaki tüm çocukların yaklaşık yüzde 10'u düşük kilolu ve yüzde 2'si ciddi şekilde zayıftır. Beslenme alışkanlıkları çocukların beslenme durumlarını belirleyen önemli bir gösterge olup, sonuçta ölüm riskini etkilemektedir.

Beslenme bozuklukları tek başına bebeklerde büyüme ve gelişme geriliğine, enfeksiyonlarla kombine olarak da hastalıkların ağır ve ölümcül seyretmesine neden olmaktadır. Anne sütü uygulamaları bu noktada önem taşımaktadır. Bu açıdan baktığımızda doğumdan sonraki ilk ay içinde yalnız anne sütü alan bebeklerin yüzdesi 19'dür. Ancak ilk ay içinde anne sütü ve su (sadece su) alanlar %46'ya kadar çıkmaktadır. Bebeklerin üçte birine anne sütünün yanısıra ilk ay içinde ek gıda verilmiştir. Bebekler 2-3 aylık olduklarında ek gıda alanlar hızla artarak %33'e ulaşmıştır. Bebeklerin erken yaşta ek gıdaların verilmesine başlanması, Türkiye'de bebek ölümlerine yol açan önemli nedenlerden biri olan ishal riskini artıran faktörlerden biridir.

İyot yetersizliği ülkemizde bir halk sağlığı sorunudur. Bilindiği gibi çocuklarda ciddi iyot yetersizliği zeka ve gelişme geriliğine neden olmaktadır. Ülkemizde guatr prevalansı yüzde 30.2 dir. Ülkemizde guatr epidemiyolojisini araştırmaya yönelik çalışmaların ilk

örnekleri 1935 ve 1948 yıllarında yapılmış ve dünya sağlık örgütü 1960 yılında verdiği raporda Türkiye'de guatrın ciddi bir sorun olmadığını belirtmiş ancak Prof. Urgancıoğlu ve Prof. Hatemi ile arkadaşlarının, Türkiye'nin 115 yerleşme bölgesinde yaptıkları araştırma sonucunda ise prevalans %30.5 olarak belirtilmiştir. Prevalans 2. derece için %4.3, 3. derece için %1.85, 4. derece için de %0.54 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre büyük guatr prevalansının (3. ve 4. dereceler) %2.4 düzeyinde olduğu görülmektedir. Araştırmanın bulgularına göre; kadınlar arasında %8-10, erkekler arasında ise %2-5 oranında 2. derece guatr varlığı saptanmıştır. Türkiye genelinde her 3 kadın guatrlı karşılığında 1 erkek guatr vakası bulunduğu, taranan yerleşim yerlerinin %26'sında (Dörtte birinde) çocuklar arasında %10'dan fazla 2. derecede guatr bulunduğu saptanmıştır. Bir bölgeye endemi bölgesi demek için 6-12 yaşındaki çocukların %10'undan fazlasında 2. derece veya daha büyük troid hiperplazisi bulunması gerekmektedir. Ülkemiz bu bakımdan sınırdan sayılmaktadır. (%9.7) Bu noktada iyotlu tuz kullanımı büyük önem taşımaktadır. İyotlu tuz kullanma oranı ise DİE 1995 Çok Göstergeli Küme Araştırması sonuçlarına göre %18.4'dür.

Metabolik kalıtsal hastalıklar içerisinde ülkemizde önemli yer tutan Fenilketonüri hastalığına karşı yenidoğanların taranması büyük önem taşımaktadır. Fenilketonüri Avrupa ülkelerinde 10 bin-30 bin yenidoğanda bir görülmesine rağmen ülkemizde her 3.500-4.500 bebekte bir görülmektedir. Bu kapsamda her yenidoğan bebeğin taranması ile bu hastalığın erken tanısı önem taşımakta olup, ülkemizde her yıl 1.371.000 bebek dünyaya geldiği düşünülürse, bunların ancak %36'sı taranabilmektedir. Herediter hastalıkların özellikle fenilketonüri gibi metabolik hastalıklar ve talassemi gibi hemoglobinopatilerin çok yaygın olduğu ülkemizde akraba evliliklerinin olduğunca önlenmesi, neonatal ve özellikle de perinatal ölümlerin azalması açısından önemlidir. Batı bölgelerinde %10 oranında görülen akraba evlilikleri, doğu bölgelerinde %33'e yükselmektedir.

Tartışma: Ülkemizde bebek ve çocuk ölümlülüğü yıllar itibarı ile büyük değişme göstermiştir. Özellikle bebek ölümleri içinde postneonatal ölümlerin önlenmesinde daha büyük bir ivme sağlanmıştır. Bu noktada özellikle 1980'li yıllardan bu yana yoğun şekilde uygulanmakta olan enfeksiyon kontrolüne yönelik programlar (İHK, ASYE Kontrolü Programları gibi) ve bağışıklama çalışmalarının bu iyileşme de büyük payı bulunmaktadır.

Neonatal dönem ölümleri ise tüm dünyada olduğu gibi daha zor önenebilir, daha büyük çabalara ihtiyaç gösterir ölümlerdir. Bu dönem ölümleri içinde perinatal nedenler en büyük bölümü oluşturmaktadır. Bu nedenlerden özellikle antenatal bakım, doğum koşulları gibi nedenlerden doğrudan etkilenmektedir. Anne sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesi bu noktada çocuk sağlığı açısından da önemli rol oynamaktadır. Kadınların doğumlarını sağlık kuruluşlarında ya da sağlık personeli kontrolünde yapmalarını sağlayıcı ve teşvik edici tedbirlerin artırılması ihtiyacı devam etmektedir.

Ana sağlığını da içine alacak şekilde, mevcut risklere ilişkin yenidoğan bakımına yönelik ülke çapında programların başlatılması gerekmektedir. sağlık hizmetlerine kaynak ayırımında da bu konuya özel önem verilmelidir.

Ülke politikalarında çocuk ve kadın sağlığı öncelik almalı, yöneticilerde duyarlılık yaratılmalıdır. Kalkınma planlarında da dünya bildirgesi doğrultusunda bu konuya ağırlık verilmeli ve özel olarak yer alması sağlanmalıdır.

Sağlık hizmet sunumu, sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi anlamında, bölgeler arası ve yerleşim yerleri arasındaki farklılıkların azaltılması çok önemlidir. Bu doğrultuda sağlık sorunların yoğunlaştığı alanlara öncelik verilmesi ve özel sorunlara yönelik spesifik yaklaşımların sağlanması önemlidir.

Sağlık tüm etkileştirdiği faktörlerle birlikte düşünülmeli ve bu doğrultuda fiziki, ekonomik ve sosyal çevreden kaynaklanan risk faktörlerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması konusu da birlikte ele alınmalıdır.

Toplumun sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmaları sağlık hizmeti talep edecek bilgi ve bilince sahip olmaları ile doğru orantılıdır. Kadının statüsünün yükseltilmesi de sağlık açısından büyük önem taşımaktadır. Kadına gelir sağlayıcı/gelir artırıcı alanların yaratılarak sağlık programları ile ilişkilendirilmesi yararlı olacaktır.

Topluma sağlık hizmeti vermede hükümet dışı kuruluşların da katkı, katılım ve işbirliğinin teşvik edilmesi, mahalli idarelerin katılım ve katkıları da dahil, gelir artırıcı ve sağlık yönetimini iyileştirici düzenlemeler yapılması ve daha genel anlamda da sağlık ile ilgili tüm alanlarda sektörlerarası işbirliğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Çocukların ruhen ve bedenen sağlıklı, iyi eğitilmiş insanlar olarak yetiştirilmesi temel toplumsal hedeftir. Bu amaçla, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin artırılarak sürdürülmesi, ailelerin en iyi şekilde bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için teşvik edilmesi ve bilgilendirilmesi, özellikle kadın ve çocuk bakımından sağlık sorunları yaratan yanlış ve dengesiz beslenmenin olumsuzluklarının giderilmesi için düzenli ve sağlıklı beslenme konusunda çalışmalar yapılması, korunmaya muhtaç çocukların aile ortamı içinde yetiştirilmesi için gayret gösterilmesi, okulöncesi eğitim ve bakım imkanları ile temel eğitim hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden geliştirilmesi, özel eğitim gerektiren çocukların ihtiyaçlarına uygun eğitim-öğretim imkanlarının artırılması suretiyle topluma katılımlarının artırılması, çocuk suçluluğunun önlenmesi ve suça yönelmiş çocukların yeniden topluma kazandırılması, çalışan çocukların korunmaları ve eğitim sistemi ile ilişkisi kopmuş çocuklara bir meslek kazandırılmasına yönelik faaliyetlere ihtiyaç bulunmaktadır.

Çocukların yaşatılması ve korunmasında izlenecek temel strateji, bir yandan sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırabilmek, diğer taraftan koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırmaktır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (1994), Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.
2. Çocuk Sağlığı Danışma Kurulu Raporu, (1996), Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara
3. Türkiye'de Endemik Guatr, (1996), Prof. Dr. Hatemi, Prof. Dr. Urgancıoğlu,
4. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1995, UNICEF, Sağlık Bakanlığı, Ankara
5. Çocuklara Yönelik Ulusal Faaliyet Planı, (1996), UNICEF, Sağlık Bakanlığı
6. Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, (1996), Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.
7. Türkiye Çok Göstergeli Küme Araştırması, (1995), UNICEF, DİE

İLK DOĞUMUNU YAPAN 136 ANNE ÜZERİNDE İLK DOĞUM ZAMANINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER KONUSUNDA BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Sevda ÖZEL¹, Prof. Dr. Yakut İrmak ÖZDEN²

¹İstanbul Tıp Fakültesi Bioistatistik ve Demografi Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

²İstanbul Tıp Fakültesi Bioistatistik ve Demografi Bilim Dalı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı.

ÖZET

Giriş: Ülkemizde doğurganlığı etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla, belli sayıda araştırma yapılmış olmakla birlikte, evlilik tarihinden itibaren ilk doğuma kadar geçen süreyi ve bu süreyi etkileyebilecek değişkenleri saptamaya yönelik çalışmalara tarafımızdan rastlanamamıştır. Bu çalışmamızda, söz konusu ortalama süre ve bu süreyi etkileyebilecek değişkenlere ışık tutulmaya çalışılmıştır.

Yöntem ve Gereç: Bu çalışmamızda değerlendirilen veriler, 1996 yılı içinde yeni doğum yapmış olan 280 kadına ait bulguların, henüz ilk doğumunu yapan 136 anneye ilişkin olanlardır. Veriler, 27.05.1996-27.10.1996 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Bakırköy Yenimahalle Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Alman Hastanesi ve Süleymaniye Doğumevi'nden toplanmıştır. Çalışma sonucu elde edilen verilerin analizinde sıklık tabloları, aritmetik ortalama, medyan (ortanca), standart sapma gibi temel göstergelerin yanısıra parametrik olmayan Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi ve medyan (ortanca) testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın bulguları, görüşülen kadınların ve ailelerinin demografik özelliklerinin yanısıra, doğurganlık ve evlilik konusundaki tutumlarına da ışık tutmaktadır. Çeşitli sosyo-ekonomik ve eğitimsel düzeylerdeki kadınlarda, ilk doğuma kadar geçen sürenin aritmetik ortalaması ve ortancası ayrı ayrı hesaplanmıştır (136 kadın için AO=21.3 (21.8 ve ort.(med)=13.3).

Tartışma ve Sonuç: Hesaplanan ortalamaların ortanca değerleri, aritmetik ortalamalardan daha düşük olup, incelenen sürelerin oluşturduğu dağılım, sağa eğik bir eğriye uymaktadır.

Kadının ev dışında çalışmasının, incelenen süreyi anlamlı düzeyde uzattığı görülmektedir. Öte yandan, akraba olmayan, eşlerin her ikisinin de kent kökenli ve (0-1) kardeş sahibi olduğu ve gene her ikisinin de yüksek öğrenim almış olduğu ailelerde, söz konusu süre uzama eğilimi taşımakla birlikte, bulgularımız, incelenen sürenin, toplumsal etmenlerden fazla, bireysel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterdiği yolunda ipuçları vermektedir.

SUMMARY

A FIELD RESEARCH ON 136 PRIMIPAROUS WOMEN ABOUT FACTORS AFFECTING TIME OF FIRST BIRTH

Aim: In our country, fertility generally starts with marriage. Studies done in this field indicate that is influenced by factors such as the age at first marriage, the level or infant mortality rate, the educational status of the women, the degree of development of mass media in the considered region, the socio-economic level of families, the place of residence and the utilization of family planning opportunities.

In this thesis, we aimed at shedding light on a topic that has not been investigated before, according to our survey of the existing demographic literature: We aimed at finding out the average time elapsed between the marriage and the birth of the first child, as well as the factors which might influence this variable.

Material-Method: Data evaluated in this study are part of those provided by face to face interviews with 280 women having just delivered in the obstetrics wards of four hospitals between 27.05.1996 and 24.10.1996 in this communication, we evaluated findings about 136 primiparous women.

Findings: Our findings throw light on the average time elapsed between marriage and birth of first child as well as on its variability (arithmetic mean=21.3 (21.5 and median=13.3) in various socio-economic subgroups and also on attitudes towards fertility and family sizes.

Discussion and Conclusion: The median values of the lengths of time are considerably lower than the arithmetic means, due to the positive skewness of the distribution.

Women working outside home, have an average length of time till first birth longer than housewives.

Though some of the variables taken into consideration (such as kinship between, and urban or rural origin as well as, family size of the spouses and their level of education) seem to have a tendency to affect the considered length of time, our findings point out to a greater variability on the interpersonal dimension than on the socio-economic one.

Giriş, Araştırmanın Amacı: Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, nüfusun yüksek bir hızla artışı, beraberinde çeşitli ekonomik, toplumsal, çevresel ve sağlık hizmetlerine ilişkin sorunları da getirmektedir. Çözümlemeyi bekleyen bu sorunlara bilimsel olarak yaklaşıldığında, işe, öncelikle yüksek nüfus artış hızının temelinde yer alan doğurganlığın hangi faktör ve değişkenlerden etkilendiğini belirlemekle başlamak gerekir.

Ülkemizde doğurganlık genel olarak evlilik içinde başlamakta ve yapılan araştırmalar, ilk evlenme yaşı, bebek ölüm hızı, eşlerin eğitim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik konumu, yaşanan kesim, kadının kitle iletişim araçlarına açıklık derecesi, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı, vb gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir.

Türkiye'de, yukarıda sayılan değişkenlerle ilgili oldukça yüksek sayıda araştırma yapılmış olmakla birlikte, evlilik tarihinden ilk doğuma kadar geçen süreyi ve bu süreyi belirleyebilecek olan etmenleri saptamaya yönelik yayına tarafımızdan rastlanamamıştır. Bu nedenle, bu çalışmamızda, söz konusu ortalama süre ve bu süreyi etkileyebilecek değişkenler ele alınmıştır.

Yöntem ve Gereç:

Çalışma verileri: 27.05.1996-24.10.1996 tarihleri arasında, İstanbul Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Bakırköy Yenimahalle Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Alman Hastanesi ve Süleymaniye Doğurmevi'nden toplanmıştır. Böylece, örneğimizde İstanbul'da yaşayan ve bir sağlık kuruluşunda doğum yapan farklı sosyo-ekonomik tabakaların temsil edilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Yeni doğum yapmış toplam 280 kadın çalışma kapsamına alınmıştır. Ancak bu araştırmamızda bunların içinde ilk doğumlarını yapan 136 kadına ilişkin veriler değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışmada veriler, yeni doğum yapmış kadınlara uygulanan, yaş, öğrenim durumu, aile yapısı, gebelik geçmişi ve ekonomik durumları gibi konularda hazırlanmış 44 soruluk bir formla yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak derlenmiştir. Çalışmamızın anaayığınının kayıtlı biçimde saptanması olanaklı olmadığından, çalışma verilerinin toplandığı doğum servislerinde kadınlara sorularla yanıtlanmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve olumlu yanıt verenlerle görüşme yapılmıştır. Böylece toplanan veriler, sıklık tablosu düzenlenerek analiz edilmeye hazır hale getirilmiştir.

İlk doğum zamanını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, kişisel bilgilerin yanısıra, eş ve ailelerle ilgili sorular da sorulmuştur. Tarih bildirilmesi istenen sorular mümkün olduğunca birbirini doğrulayacak şekilde belirlenmiştir. Ancak yine de, bu sorularda, çalışmaya katılan kadınların tam tarihleri hatırlayamama ya da bilerek veya bilmeyerek yanlış cevap verme olasılığı da mevcuttur. Bu tür sorulara yeterli cevabı veremeyen kadınlar çalışma dışı bırakılmış; ay ve yıl bildirip gün veremeyenler ise, diğer verileri kaybetmemek amacıyla çalışmaya dahil edilmiş, ancak eksik tarihlerin bildirilen ayın 15. günü olduğu varsayılmıştır. Çalışma sonucu elde edilen verilerin analizinde sıklık tabloları, aritmetik ortalama, medyan (ortanca), standart sapma gibi temel göstergelerin yanı sıra parametrik olmayan Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi ve medyan (ortanca) testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öncelikle, çalışma sırasında yaptığımız görüşmelerin sonucunda elde ettiğimiz verileri sıklık tabloları yardımıyla özetleyerek, mevcut durumu gözlemlemeye çalıştık. Daha sonra yukarıda adı geçen analiz yöntemlerini kullanarak, ilk doğuma kadar geçen süreyi etkileyebileceğini düşündüğümüz faktörleri belirlemeye çalıştık.

280 kadınla yapılan görüşmelerin sonucunda, bu kadınların 136'sının ilk doğumlarını bizim çalışmamız sırasında yaptığı görülmüştür. Bu kadınların hangi hastanelerde doğum yaptığı Tablo 1'de yer almaktadır.

Çalışmamızdaki 136 kadının 93'ü normal doğum yaparken, 41'inde doğum sezaryenle, 2'sinde vakumla gerçekleşmiştir.

Bu kadınların ne kadarının İstanbul doğumlu olduğunu belirlemek amacıyla, sorulan sorularda 136 kadının %22.8'inin İstanbul'da, %72.1'inin İstanbul dışı illerde ve %5.1'inin de yurtdışında doğduğu saptanmıştır. Buna karşılık bu kadınların eşlerinin (134), %20'si İstanbul, %76.9'u İstanbul dışı ve %3'ü de yurtdışı doğumludur.

135 kadının 85'inin köy-kasaba; 50'sinin ise kent-akent doğumlu olduğu görülmektedir. Eşlerinin ise 88'i köy-kasaba, 44'ü kent-akent doğumludur.

Kadınların eğitim durumlarına göre eşlerinin eğitim durumlarını incelediğimizde 136 kadının %66.2'si okuma-yazma bilmeyen, okuma-yazma bilen ve ilkokul mezunu iken; %8.8'i ortaokul mezunu; %20.6'sı lise ve dengi okul mezunu; %4.4'ü ise yüksekokul veya üniversite mezunudur (Tablo 2). Eşlerinin ise %56.6'sı ilkokul mezunu veya eğitim almamış ya da yalnızca okuma-yazma biliyorken; %14'ü ortaokul mezunu; %22.1'i lise ve dengi mezunu; %7.4'ü de yüksekokul veya üniversite mezunudur. Buna göre ortalama olarak kadınların eşlerinden daha az eğitim almış oldukları söylenebilir.

Eğitim durumlarına göre kadınların çalışma durumları araştırılmış ve 136 kadının 15'inin çalıştığı, 104'ünün çalışmadığı-ki bu grubun %75'ini "ilkokul ve altı" ifadesiyle belirtilen (okuma-yazma bilmeyen, bilen ve ilkokul mezunları) kesim oluşturmaktadır-17'sinin de çalışmayı bıraktığı bulunmuştur. Çalışmayı bırakanların içindeyse hiç üniversite mezunu yer almamaktadır (Tablo 3).

Çalışmamızdaki kadınların %12.5'i 18 yaşın altında evlenmişken, %63.3'ü 18-23 yaşları arasında evlenmiştir (Tablo 4).

Kadınların evlenme yaşlarını eğitim düzeylerine göre incelediğimizdeyse, ilkokul mezunu ve eğitim almamış kadınların %66.7'sinin 22 yaşın altında evlendikleri, lise ve üniversite düzeyinde ise bu oranın oldukça düştüğü görülmektedir (Tablo 5).

İzerinde çalıştığımız 136 kadının, 130'unun bu ilk gebeliklerini istedikleri, 6'sının ise istemedikleri anlaşılmaktadır. İlk gebeliğini istemeyen 6 kadın sebep olarak, yaşlarının küçüklüğü ve eşyle anlaşamama olasılığını dile getirmişlerdir. Doğurma nedeni olarak da bunun ilk gebelikleri olmasını ve eşlerinin ısrarını göstermişlerdir.

136 kadından 131'inin, "Toplam kaç çocuk istersiniz?" sorusuna verdiği yanıtlar incelendiğinde %68.7 ile 2 çocuk ve %23.7'yle de 1 çocuğun tercih edildiği belirlenmiştir.

Kadınlara "ideal" çocuk sayısının kaç olması gerektiği sorulduğunda verilen yanıtlarla, kendileri için istedikleri çocuk sayıları birlikte ele alındığında; ideal çocuk sayısı 2 ve 3'de yoğunlaşırken, toplam istenen çocuk sayıları 1 ve 2 olarak görülmektedir. Buna göre araştırmamızın kapsamına giren kadınların "ideal" olarak gösterdikleri sayıdan daha az çocuğa sahip olmak istedikleri söylenebilir (Tablo 6).

Tablo 7'nin sütunlarında "Sizce bir kadın en uygun kaç yaşında evlenmelidir?" sorusunun yanıtları, satırlarında ise bu kadınların kendi evlendikleri yaşlar yer almaktadır.132 kadının %68.2'si 20-23 yaşlarını "ideal" evlenme yaşı olarak belirlerken, bu kadınların yalnızca %43.9'u 20-23 yaşları arasında evlenmişlerdir. 18 yaşın altında evlenmeyi yalnızca 1 kadın uygun bulurken, %12.1'i 18 yaşın altında evlenmiştir. Bu durumda kadınların ikinci bir şansa sahip olsalardı, daha geç yaşlarda evlenmek isteyebilecekleri sonucuna varılabilir.

Kadınların ilk doğumlarını yaptıkları tarihteki yaşları ile, "Sizce bir kadın ilk doğumunu en uygun olarak kaç yaşında yapmalıdır?" sorusuna verdikleri yanıtların ışığında "ideal" buldukları doğum yaşları Tablo 8'de verilmektedir. 124 kadının %19.3'ü ilk doğumunu 20 yaşın altında yapmışken, 20 yaşın altını "ideal" olarak belirten kadınların oranı yalnızca %4'tür. İlk doğum için 20-24 yaşlarını "ideal" bulanların oranı %63.7 iken, bu yaşlarda doğum yapanların oranı da %40.3'tür.

Eğitim düzeylerine göre ilk doğum yaşlarını incelediğimizdeyse, ilkokul ve altı düzeyindeki kadınların %42.2'sinin 22 yaşına kadar ilk doğumunu yapmış olduğu, lise düzeyindeyse bu oranın %18.6'ya kadar düştüğü görülmektedir (Tablo 9).

Çalışmadaki kadınların doğum yeri yerleşim tipine göre uygun buldukları çocuk sayısı incelendiğinde; yerleşim tipi köy-kasaba olan kadınların %74.1'i 2, %22.2'si 3 çocuğu "ideal" bulduklarını belirtirken; kent-akentlilerin %84'ü 2, %10'u ise 3 çocuğu "ideal" bulmaktadır.

Grafik 1'de görülen ilk doğuma kadar geçen süreler; kadınların ilk doğumlarını yaptıkları tarihten, evlenme tarihleri çıkarılarak belirlenmiştir. Bu sürelerle, kadının evlendiği tarihteki yaşı (21.485±3.651) arasında bir ilişki olabileceği düşünüldükçe, bu iki değişken arasında korelasyon araştırılmış, ancak 280 kadından ilk doğumunu yapmış 136 kadının 132'si için hesaplanabilen katsayı (r=-0.0609; p>0.05) bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişkiye işaret etmemiştir. Grafik 1'de 132 kadın için ilk doğuma kadar geçen sürelerin dağılımı verilmiştir. Grafikten de anlaşıldığı gibi aritmetik ortalaması (21.278±21.504) ay, ortancası (13.317) ay olan bu seri normal dağılımı verilmemiştir. Grafikten de anlaşıldığı gibi aritmetik ortalama yerine ortanca değeri dikkate alınmış ve çalışmada da buna uygun olan ortanca testi kullanılmıştır.

Tablo 10'da ilk doğumlarını yapan kadınların eşleriyle akraba olup olmamalarına göre ilk doğuma kadar geçen süre ortalama ve ortanca değerleri verilmektedir.

Benzer olarak aile tipinin sözkonusu süreye etkisini incelemek için, çalışmamızda ilk doğumunu yapmış 132 kadının aile tipi incelenmiştir. Geniş aile, kadının eşi ve akrabalarından herhangi bir veya birkaçıyla beraber oturması olarak tanımlanırken, çekirdek aile kadının yalnızca kendisi ve eşi olarak belirlenmiştir. Buna göre geniş aile tipine sahip olanlarda ilk doğuma kadar geçen sürenin aritmetik ortalaması (18.615±11.305) Ay, ortancası (13.417) Ay; çekirdek ailede ise bu sürenin aritmetik ortalaması (22.435±24.627) Ay, ortancası (13.317) Ay'dır.

Kadının ve eşinin doğum yeri yerleşim tipine göre ilk doğuma kadar geçen sürelerin aritmetik ortalamaları; kadın için yerleşim tipi köy-kasaba olanlarda (22.171±25.358) Ay, kent-anakent olanlarda (20.044±13.465) Ay bulunurken; eşi için köy-kasaba yerleşim tipinde (21.144±23.327) Ay, kent-anakent yerleşim tipinde (21.056±17.164) Ay'dır. Ortanca değerleri ise kadın ve köy-kasaba olanlarda (13.100) Ay, kadın ve kent-anakent olanlarda (14.367) Ay; erkek ve köy-kasaba olanlarda (13.233) Ay, erkek ve kent-anakent olanlarda (14.350) Ay'dır.

Kadının ve eşinin kendileri dışındaki kardeş sayılarının ilk doğuma kadar geçen süre üzerinde etkili olabilecekleri düşüncesiyle, kardeş sayıları 0 veya 1, 2 veya 3, 4 veya daha fazla olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Kadının ve eşinin bu üç grup için ilk doğuma kadar geçen süre ortalamaları ve ortancaları da; kadın ve birinci grup için aritmetik ortalama (30.317±25.515) Ay, ortanca (24.867) Ay; erkek ve birinci grup için aritmetik ortalama (30.892±26.374) Ay, ortanca (25.667) Ay'dır. Kadın ve ikinci grup için aritmetik ortalama (20.605±25.394) Ay, ortanca (13.317) Ay; erkek ve ikinci grup için aritmetik ortalama (18.724±13.241) Ay, ortanca (13.017) Ay'dır. Son olarak kadın ve üçüncü grup için aritmetik ortalama (19.868±16.255) Ay, ortanca (13.050) Ay; erkek ve üçüncü grup için aritmetik ortalama (21.244±24.634) Ay, ortanca ise (13.233) Ay'dır.

Tablo 11'de kadının çalışmasının ilk doğumunu ertelenmesine bir etken olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 12 ve Tablo 13'de kadının ve eşinin eğitiminin ilk doğuma kadar geçen süreye etkisi incelenmek istenmiştir.

Kadınların verdiği yanıtlar doğrultusunda hesaplanan ilk doğuma kadar geçen süre (Ay), kadının ve eşinin evlenme yaşı (Yıl) ve kadının ve eşinin doğumdaki yaşının (Yıl) ortalama ve ortanca değerleri Tablo 14'de verilmektedir.

İlk doğuma kadar geçen sürenin yayılma genişliği ise (182.233) Ay olarak hesaplanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamıza katılan kadınların yanıtladıkları soruların yardımıyla, bu kadınların çeşitli özellikleri hakkında elde ettiğimiz bulgular ülkemize ilişkin elimizdeki diğer bulgularla da, benzerlikler göstermektedir.

4 hastanenin doğum servislerinde, toplam 280 kadının, primipar olan 136'sıyla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilere göre bu kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması yıl olarak (21.485±3.651) ve medyanı da (21.000)'dir. Eşlerinin evlenme yaşı ortalaması ise (25.798±3.924) iken medyanı (25.000)'tir. Bu verilere göre çalışmamızdaki evli çiftlerde, kadının eşinden ortalama olarak (4) yaş daha genç olduğu görülmektedir. Daha önce yaptığımız benzer bir çalışmada yukarıda sözü edilen 280 kadının tamamı, yani hem ilk doğumunu çalışmamız sırasında yapmış hem de yine çalışmamız sırasında ikinci veya daha sonraki bir doğumunu yapan kadınların tamamı incelemeye alınmıştır. Bu kadınlar için de evlenme yaşı ortalaması (20.907±3.771) Yıl ve medyanı (20.000) Yıl'dır. Eşleri içinse evlenme yaşı ortalaması (25.049±4.497) Yıl ve medyanı da (24.000) Yıl'dır. Burada da çiftler arasındaki yaş farkının ortalama (4-5) yıl olduğu görülmektedir. Bu sınırlı örneğimizden elde edilen bulgular da, evlenme yaşının yükselme eğilimi gösterdiği yolundaki bulguları desteklemektedir (1) (2).

Primipar olan 136 kadında ilk doğuma kadar geçen süre ortalaması (21.278±21.504) Ay olarak hesaplanmıştır. Bulunan bir çalışmada ise, ortalama evlenme yaşı ve ilk doğum yaşlarının olmasından yararlanarak bunların farkını aldık ve (14.4) Ay gibi bir süreye ulaştık (3).

Çalışmamıza katılan kadınların %66.2'sinin eğitimi ilkököl ve altı düzeyindeyken, bu kadınların eşlerinin %56.6'sı bu gruba dahildir. Çalışmaya katılan 136 kadının %8.8'i ortaokul, %20.6'sı lise ve %4.4'ü üniversite mezunu iken; eşlerinin %14'ü ortaokul, %22.1'i lise ve %7.3'ü üniversite mezundur.280 kadın için hesapladığımız değerlerle karşılaştırıldığında benzer olarak kadınların yine eşlerinden daha az eğitim almış oldukları görülmektedir. Ancak tek başına ilk doğumunu yapanları yani daha genç bir nesli ele aldığımızı düşünürsek eğitim düzeyinin az da olsa bir artış gösterdiğini düşünebiliriz.

136 kadının %11'i çalışırken, %76.5'i çalışmamaktadır. Çalışmayan kadınların %75'ini de eğitimi ilkököl ve altı düzeyinde olanlar meydana getirmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların 132'sinin %31.8'i evliliklerini 20 yaşın altında yapmışken, yalnızca %9.8'i 20 yaşın altını "ideal" olarak belirtmişlerdir. Yine bu kadınların %68.2'si 20-23 yaşları arasında "ideal" evlenme yaşı olarak ifade etmişken, sadece %43.9'u bu yaş grubunda evlenmişlerdir. Buradan da aslında kadınların daha geç yaşlarda evlenmek istedikleri sonucuna varılabilir. Toplumumuzda tutumlarda gözlenen bu eğilimin davranışlara yansımaları durumunda, toplam doğurganlığı önemli ölçüde etkilediği bilinen evlilik yaşı yükselerek ve evlilik içi doğurganlıkta azalma meydana gelmesi sözkonusu olacaktır (4).

1993 TNSA'na göre yerleşim tipi kırsal olan yerlerde ortalama ideal çocuk sayısı 2.5 iken, kentsel bölgelerde bu değer 2.3'e düşmektedir (5). Bizim çalışmamızdaysa, yerleşim tipi köy-kasaba olan kadınların %74.1'i ideal çocuk sayısını 2, %22.2'si 3 olarak belirtirken; kent-anakent doğumlu olan kadınların %84'ü 2, %10'u ise 3 çocuğu ideal bulmaktadırlar (6).

Çalışmadaki 136 kadının %22.8'i 1, %66.2'si 2 çocuk sahibi olmak isterken; %75.7'si 2, %16.9'u 3 çocuğu ideal olarak bulmaktadır. Bu durumda örneğimizdeki kadınların ideal olarak belirttiklerinden daha az sayıda çocuğa sahip olmak istedikleri düşünülebilir.

136 kadının %95.6'sı bu ilk doğumlarının gebeliğini istemişlerdir. İstemeyerek gebe kalanlarınsa oranı %4.4'tür. Görüşülen anneler, bunun ilk gebelikleri olduğu ve eşleri ısrar ettiği için doğumu yaptıklarını belirtmişlerdir.

Görüşme yapılan kadınlardan ilk doğumlarını yapanların %63.7'si ideal ilk doğum yaşını 20-24 yaş grubunda belirtirken, %19.3'ü 20 yaşın altında doğum yapmıştır.20-24 yaş grubunda doğum yapanların oranı da %40.3'tür.

Çalışmamızdaki 135 kadının ilk doğum yaşı ortancası 22.0 iken, 1993 TNSA'nda ortanca ilk doğum yaşı 20.8 olarak verilmiştir (7).

Eğitim seviyesi ilkököl ve altı düzeyinde olan kadınların %40'ı 20 yaşın altında evlenirken, %23.3'ü doğumlarını 20 yaşın altında yapmışlardır. Üniversite düzeyine gelindiğindeyse, kadınların evliliklerini 22 ve ilk doğumlarını 26 yaşından sonra yaptıkları görülmektedir.

Çalışmamız sırasında yaptığımız yüzyüze görüşmelerden elde ettiğimiz verilerin yardımıyla ilk doğumunu yapmış kadınlarda, ilk doğuma kadar geçen süreyi ve bu süreyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız analizlerde; söz konusu sürenin dağılımının normal olmaması, yayılım genişliğinin ve standart sapmalarının çok yüksek olması gibi nedenler yüzünden parametrik olmayan ortanca (medyan) testi ve Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

İlk olarak kadının eşiyle akrabalık ilişkisinin bu süreyi etkileyebileceği düşünülerek medyan testi yapılmıştır $\chi^2=0.5304$; $p>0.05$), daha sonra aile tipi incelenmiş medyan testi sonucu $\chi^2=0.0359$; $p>0.05$ bulunmuştur. Kadının doğum yeri yerleşim tipi için $\chi^2=0.9369$; $p>0.05$); eşinin doğum yeri yerleşim tipi içinse $\chi^2=0.3851$; $p>0.05$ değerleri elde edilmiştir. Bu değerlere bakılarak akrabalık ilişkisi, aile tipi, kadının ve eşinin doğum yeri yerleşim tipinin ilk doğuma kadar geçen süreyi etkilemediği, bu faktörlere göre oluşan gruplar arasındaki farkların rastlantısal nedenlerden ileri geldiği söylenebilir.

Bunların yanı sıra kadının ve eşinin kardeş sayılarının ilk doğuma kadar geçen süreyi etkileyebileceği düşünülerek, görüşülen anneler, kardeş sayıları (0-1), (2-3), (4 veya daha çok) olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Bu gruplamaya göre Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi sonucu kadınlarda $\chi^2=3.5163$; $p>0.05$), eşlerinde $\chi^2=3.2985$; $p>0.05$ olarak, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (8).

Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyleri de üç grupta toplanarak Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve kadınlar için $\chi^2=1.9511$; $p>0.05$), eşleri içinse $\chi^2=3.8027$; $p>0.05$ değerleri elde edilerek gruplar arasında hem kadınlar hem de eşleri için anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ancak tüm bu yukarıda saydığımız faktörlerde; akraba olmayan, hem kadının hem de eşinin doğum yeri yerleşim tipi kent-anakent ve kardeş sayıları (0-1), (2-3), (4 veya daha çok) olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Bu gruplamaya göre Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi sonucu kadınlarda $\chi^2=3.5163$; $p>0.05$), eşlerinde $\chi^2=3.2985$; $p>0.05$ olarak, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (8).

Araştırma kapsamındaki kadınların çalışıyor olmalarının bu süreye etkisi incelendiğinde, Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi sonucu $\chi^2=6,9343$; $p<0,05$), çalışan kadınlarla, çalışmayan ve çalışmayı bırakanlar arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; yani çalışan kadınlarda ilk doğuma kadar geçen sürenin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bütün bu anlatılanların yanısıra, tablolardan anlaşılacağı gibi medyan değerleri ortalamadan daha düşüktür ve bu durum sürelerin oluşturduğu dağılımın sağa eğik olmasından kaynaklanmaktadır (Grafik 1).

İlk doğumunu yapmış kadınlarda, ilk doğuma kadar geçen süreyi etkileyen değişkenleri belirleyebilmek amacıyla yaptığımız parametrik olmayan analizlerin sonucunda, kadınların çalışmasının dışında, ilk doğuma kadar geçen sürenin, daha önce de belirttiğimiz kadının eşiyile akrabalığı, evlenme yaşı, eşinin ve kendisinin kardeş sayıları, doğum yeri yerleşim tipi, kadının ve eşinin eğitim düzeyi gibi faktörlerden etkilenmediği, bu süre üzerinde daha çok bireysel faktörlerin etkili olduğu sonucuna varılmıştır. 280 kadınla yaptığımız daha önceki çalışmadakine benzer olarak, çevrenin de çiftler üzerinde etkisinin varlığını gözardı etmemizin olanaksız olduğu, yani yeni evli çiftlerden hemen çocuk sahibi olmaları beklenmesinin ilk doğumun gerçekleşmesinde etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 1. Çalışmanın Yapıldığı Hastanelerin Dağılımı

Hastaneler	Salt Sıklık	Görelî Sıklık
İstanbul Tıp Fakültesi	16	11,8
Süleymaniye	25	18,4
Yenimahalle	88	64,7
Alman	7	5,1
Toplam	136	100,0

Tablo 2. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Eşlerinin Eğitim Durumları

Kadının Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	Ortaokul ve Dengi	Lise ve Dengi	Üniversite	Toplam
İlkokul ve altı	63 %81,8	11 %57,9	15 %50	1 %10	90 %66,2
Ortaokul ve Dengi	6 %7,8	2 %10,5	2 %6,7	2 %20	12 %8,8
Lise ve Dengi	7 %9,1	6 %31,6	13 %43,3	2 %20	28 %20,6
Üniversite	1 %1,3	0	0	5 %50	6 %4,4
Toplam	77 %100	19 %100	30 %100	10 %100	136 %100

Tablo 3. Eğitim Durumlarına Göre Çalışan Kadınlar

Kadının Eğitim Durumu	Kadının Çalışması			Toplam
	Çalışıyor	Çalışmıyor	Çalışmayı Bırakmış	
İlkokul ve altı	3 %2,9	78 %75	9 %52,9	90 %66,2
Ortaokul ve Dengi	3 %2,9	7 %6,7	2 %11,8	12 %8,8
Lise ve Dengi	4 %26,7	18 %17,3	6 %35,3	28 %20,6
Üniversite	5 %33,3	1 %1	0	6 %4,4
Toplam	15 %100	104 %100	17 %100	136 %100

Tablo 4. Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı

Kadının Evlendiği Tarihteki Yaşı	Salt Sıklık	Görelî Sıklık
18 yaş altı	17	12,5
18-20'den az	27	19,9
20-22'den az	34	25,0
22-24'den az	25	18,4
24-26'den az	12	8,8
26-28'den az	12	8,8
28-30'den az	4	2,9
30-35'den az	5	3,7
Toplam	136	100,0

Tablo 5. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre İlk Evlenme Yaşları

Kadının Evlenme Yaşı	Kadının Eğitim Düzeyi				Toplam
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve Dengi	Lise ve Dengi	Üniversite	
<18	12 %13,3	5 %41,7	0	0	17 %12,5
18-19	24 %26,7	1 %8,3	2 %7,1	0	27 %19,9
20-21	24 %26,7	2 %16,7	8 %28,6	0	34 %25
22-23	16 %17,8	0	8 %28,6	1 %16,7	25 %18,4
24-25	5 %5,6	1 %8,3	6 %21,4	0	12 %8,8
26-27	4 %4,4	0	4 %14,3	4 %66,6	12 %8,8
28-29	2 %2,2	1 %8,3	0	1 %16,7	4 %2,9
30-35	3 %3,3	2 %16,7	0	0	5 %3,7
Toplam	90 %100	12 %100	28 %100	6 %100	136 %100

Tablo 10. Kadının Eşiyile Akrabalık Durumuna Göre İlk Doğuma Kadar Geçen Süre Ortalamalarının Farkının Karşılaştırılması

Akrabalık İlişkisi	A.D.±S.S.	n; Med(Ort)
Evet	19,170±13,104	20; 12,050
Hayır	21,654±22,703	112; 13,567
Medyan testi değeri	$\chi^2=0,5304$; $p>0,05$	

Tablo 11. Kadının Çalışıyor Olmasının İlk Doğuma Kadar Geçen Süreye Etkisi

Kadının Çalışma Durumu	A.O.±S.S.	n; Med.(Ort)
Çalışıyor	28,187±16,355	15; 25,667
Çalışmıyor	20,426±23,117	101; 13,000
Çalışmayı Bırakmış	21,315±13,095	16; 15,867
Kruskal-Wallis Testi	$\chi^2=6,9343$; $p<0,05$	

Tablo 12. Kadının Eğitim Durumunun İlk Doğuma Kadar Geçen Süreye Etkisi

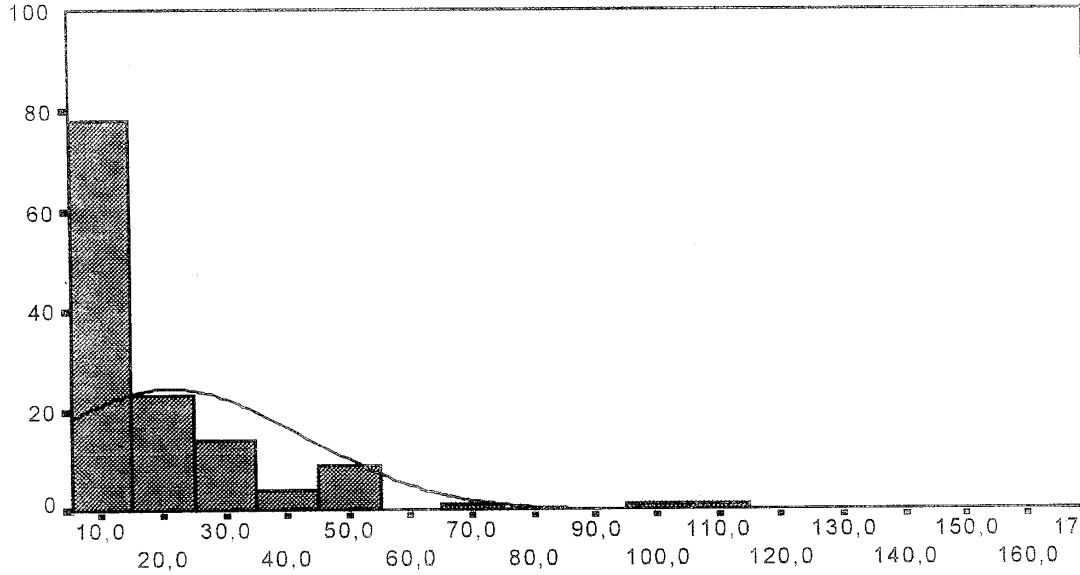
Kadının Eğitim Düzeyi	A.O.±S.S.	n; Med.(Ort)
İlkokul ve altı	20,841±22,996	88; 13,067
Ortaokul ve Lise	19,637±12,976	38; 13,650
Yüksekokul ve Üniversite	38,083±36,137	6; 26,267
Kruskal-Wallis Testi	$\chi^2=1,9511$; $p>0,05$	

Tablo 13. Eşinin Eğitim Durumunun İlk Doğuma Kadar Geçen Süreye Etkisi

Eşinin Eğitim Düzeyi	A.O.±S.S.	n; Med(Ort)
İlkokul ve altı	22,068±24,876	73; 13,300
Ortaokul ve Lise	17,731±11,418	48; 13,050
Yüksekokul ve Üniversite	33,457±29,212	10; 26,267
Kruskal-Wallis Testi	$\chi^2=3,8027$; $p>0,05$	

Tablo 14. Ortalamalar

Ortalamalar	A.O.±S.S.	n; Med(Ort)
İlk Doğuma Kadar Geçen Süre (Ay)	21,278±21,504	132; 13,317
Kadının Evlenme Yaşı (Yıl)	21,485±3,651	136; 21,000
Eşinin Evlenme Yaşı (Yıl)	25,798±3,924	119; 25,000
Kadının Doğumdaki Yaşı (Yıl)	23,230±4,170	135; 22,000
Eşinin Doğumdaki Yaşı (Yıl)	27,442±4,334	120; 26,000



İlk Doğuma Kadar Geçen Süre (Ay)
(A.O. ± S.S.) [n; Med(Ort)]
(21.278 ± 21.504) (132; 13.317)
Range=182.233 Ay

Tablo 6. İstenilen Çocuk Sayısıyla, "İdeal" Çocuk Sayısı

İdeal Çocuk Sayısı	Toplam İstenilen Çocuk Sayısı					Toplam
	Yanıtız	1	2	3	4	
Yanıtız	1 %20	0	1 %1,1	0	0	2 %1,5
1	0	2 %6,4	2 %2,2	0	0	4 %2,9
2	2 %40	26 %83,9	73 %81,1	2 %22,2	0	103 %75,7
3	0	3 %9,7	14 %15,6	6 %66,7	0	23 %16,9
4	0	0	0	1 %11,1	1 %100	2 %1,5
Bilmiyorum	2 %40	0	0	0	0	2 %1,5
Toplam	5 %100	31 %100	90 %100	9 %100	1 %100	136 %100

Tablo 7. Kadınların Uygun Buldukları Evlenme Yaşlarına Göre Kendi Evlenme Yaşları

Kadının Evlenme Yaşı	Kadının Uygun Bulduğu Evlenme Yaşı					Toplam
	<18	18-19	20-23	24-27	28-35	
<18	1 %100	4 %33,3	11 %12,2	0	0	16 %12,1
18-19	0	3 %25	18 %20	5 %18,6	0	26 %19,7
20-21	0	2 %16,7	27 %30	4 %14,8	0	33 %25
22-23	0	3 %25	21 %23,4	1 %3,7	0	25 %18,9
24-25	0	0	7 %7,8	4 %14,8	0	11 %8,3
26-27	0	0	2 %2,2	9 %33,3	1 %50	12 %9,1
28-29	0	0	1 %1,1	2 %7,4	1 %50	4 %3,1
30-35	0	0	3 %3,3	2 %7,4	0	5 %3,8
Toplam	1 %100	12 %100	90 %100	27 %100	2 %100	132 %100

Tablo 8. Kadınların Uygun Buldukları İlk Doğum Yaşlarına Göre Kendi İlk Doğum Yaşları

Kadının İlk Doğum Yaptığı Tarihteki Yaşı	Kadının "İdeal" İlk Doğum Yaşı				Toplam
	18-19	20-24	25-28	29-34	
<18	0	4 %5,1	1 %2,9	0	5 %4
18-19	4 %80	10 %12,7	5 %14,3	0	19 %15,3
20-21	1 %20	14 %17,7	4 %11,4	0	19 %15,3
22-23	0	24 %30,4	7 %20	0	31 %25
24-25	0	12 %15,2	4 %11,4	0	16 %12,9
26-27	0	8 %10,1	3 %8,6	1 %20	12 %9,7
28-29	0	2 %2,5	8 %22,8	2 %40	12 %9,7
30-35	0	5 %6,3	3 %8,6	2 %40	10 %8,1
Toplam	5 %100	79 %100	35 %100	5 %100	124 %100

Tablo 9. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Doğum Yaptıkları Tarihteki Yaşları

Kadının İlk Doğum Yaptığı Tarihteki Yaşı	Kadının Eğitim Düzeyi				Toplam
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve Dengi	Lise ve Dengi	Üniversite	
<18	3 %3,3	3 %25	0	0	6 %4,5
18-19	18 %20	3 %25	1 %3,8	0	22 %16,4
20-21	17 %18,9	0	4 %14,8	0	21 %15,7
22-23	23 %25,6	2 %16,7	7 %25,9	0	32 %23,9
24-25	12 %13,3	0	7 %25,9	0	19 %14,2
26-27	6 %6,7	1 %8,3	4 %14,8	1 %20	12 %8,9
28-29	5 %5,6	1 %8,3	4 %14,8	2 %40	12 %8,9
30-35	6 %6,6	2 %16,7	0	2 %40	10 %7,5
Toplam	90 %100	12 %100	27 %100	5 %100	134 %100

Grafik 1. İlk Doğuma Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı**KAYNAKÇA**

1. Özel S., İrmak Özden Y.: Evlilikte İlk Doğuma Kadar Geçen Süre ve Bu Süreyi Etkileyebilecek Değişkenlere İstatistiksel Bir Yaklaşım, III Ulusal Nüfusbilim Konferansı, HÜNEE, Ankara, 1997.
2. Akadlı Ergöçmen B.: Doğurganlığı Etkileyen Ara Değişkenler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Ankara, 1993.
3. Ayhan B., Tümerdem Y., Kosku N., Tümerdem Çalık K.B., Tümerdem Z.B.: Çok çocuklu kadının vazektomi ve tüp ligasyonu ile ilgili bilgi ve davranışı (Epidemiyolojik çalışma II), İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 59, Sayı 3, İstanbul, 1996.
4. Ölçen A.N.: Nüfus Sorunu ve Toplum Sağlığının Ekonomik Analizi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, D-27, Ankara, 1979.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Ankara, 1993.
6. Unalan T.: Doğurganlık Tercihleri, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), HÜNEE, Ankara, 1993.
7. Toros A.: Doğurganlık, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), HÜNEE, Ankara, 1993.
8. Cohen L., Holliday M.: Statistics For Social Scientists, London, 1984.

S3

**SAĞLIK
DEMOGRAFI,
EKONOMİSİ
ve
SAĞLIK
HİZMET
SUNUMU**

DİYARBAKIR'A GÖÇLE GELEN AİLELER

Prof. Dr. Nuran Elmacı¹, Yrd. Doç. Dr. Melikşah Ertem¹, Saliha Gösterici²

¹Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Diyarbakır.

²Kadın Sağlığı, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Huzurevleri, Diyarbakır.

ÖZET

Bu araştırma Diyarbakır kentinin göç alan bir semtinde -Huzurevleri- yapılmıştır. Araştırmanın amacı göç eden kadınların sağlık durumlarının onların yaşam koşulları içinde tanıtmaktır.

Araştırma verileri bölgede uygulanmakta olan TAPD Kadın ve Aile Sağlığı Projesi kapsamındaki 328 kadına ait kartlardaki bilgilerin dökümü yoluyla sağlanmıştır. Bu bilgiler kadınların doğurganlık özelliklerini ve eğitim durumlarına ilişkin olanlardır. Ayrıca aynı örnekten 86 aile ile görüşülmüş, ailelerin yerleşim biçimleri, geçim durumları ve sağlık hizmetlerini nereden-ne kadar aldıkları sorularının yanıtları aranmıştır.

Göç edenler alt yapıdan yoksun, sağlıksız konutlarda yaşamaktadırlar. Geçim şartları çok sınırlı ve zordur. Örneğimizde işsizlerin ve geçici işlerde çalışan eşlerin oranı %72'ye ulaşmaktadır. %84.7 kadın okuma-yazma bilmemektedir. Bağlı olarak Türkçe bilme oranı da düşüktür.

Kadınların doğurganlıklarına ilişkin oranlar kadın sağlığını tehdit eder düzeydedir. Göç eden kadınlar eski yerleşim yerlerine göre sağlık kurumlarından yararlanma düzeyleri farklı değildir. Kentte de sağlık kurumlarından yararlanma düzeyleri düşüktür.

SUMMARY

Migration is a factor that effects health adversely. Inadequate dwelling, low socioeconomic status etc. Are the factors those are result of unplanned migration. This study was planned to evaluate the health status and life conditions of migrant people, especially women. This study was conducted in a region of Diyarbakır that migrant families had been resided. Data were collected from the records of the Center of the Women and Family Health Project which is carried out by TAPD (Turkish Family Planning Association) By this way 328 families' records were, that were selected randomly, had been investigated. At the other hand to evaluate the socioeconomic levels of migrant families and usage of health facilities of them we interviewed with 86 women. As results the infra structures of dwellings of migrants were not adequate for healthy life, their economic status were low.72% of the head of the families had no job to earn money regularly. Illiteracy was an other factor effecting health conditions of them. 84.7% of the women were illiterate and most of them was not know speaking Turkish.

Giriş: 1990 sonrası Güneydoğuda gelişen siyasi olaylar kırsal kesimdeki insanları göç etmeye zorlamıştır. Göç literatüründe "zorunlu göç" olarak tanımlanan bu olgu insanların kendi kararları dışı "baskı ve zorlama" sonucu gelişmiştir.

Göçle ilgili araştırmalar "zorunlu göçlerin" insanlara, sosyal psikolojik zararlar getirdiğini vurgulamaktadır. Çünkü bu göçler insanların eski yerleşim yerlerinden tümüyle koparmaktadır. Kendi kararları ile kente gelen insanlar köye dönme umudu taşırlar. Bu duyguyla kent zorlamalarına katlanırlar. Geçimlerinin yiyecek yakacak gibi önemli kısımlarını köylerinden karşılarlar. Çocuklarını bile köyden evlendirdikleri olur. Bu tür ilişkiler ve dayanışmalar ilk yıllarda kentsel çevreye uyum açısından çok önemlidir. Sancısız bir geçiş sağlar (1). Oysa zorunlu göç köylünün köy ayağını koparmakta, bu anlamda önemli bir sosyal güvence kurumunu elinden almaktadır. (2). Kentsel çevreye uyumu zorlaştırmaktadır.

Bu araştırmanın amacı göç eden kadınların sağlık durumlarının onların yaşam koşulları içinde tanıtmaktır. Nasıl geçiyorlar? Hangi konutlarda kimlerle yaşıyorlar? Sağlık sorunlarını nasıl çözümlüyorlar? Sağlık kuruluşlarından ne kadar yararlanıyorlar? Sorularının yanıtları kadınlarla görüşülerek belirlenmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Huzurevleri semtinde yapılmıştır. Bu semt göç edenlerin yerleştikleri alanlardan biridir. Bölge son 10-15 yılda gelişmeye başlamasına karşın henüz hiçbir sağlık kuruluşu yoktur. Yakın zamanlarda semtlerin henüz yeterince bilmediği bir sağlık ocağı açılmıştır. Sağlık kurumlarının eksikliğini bilen TAPD-Diyarbakır Şubesi, Diyarbakır'da uygulanacak bir projeyi bu semte kaydırmıştır. "Kadın ve Aile Sağlığı" başlıklı 3 yıl sürecek olan proje, çeşitli konularda hem eğitim vermekte, hem de poliklinik hizmetleri vererek 12.000 kadına ulaşmayı hedeflemektedir. Bu amacı gerçekleştirmek üzere proje alanı 17 toplum gönüllüsü tarafından paylaşılmıştır.

Bu araştırmada göç eden mahallelerde çalışan bir toplum gönüllüsünün kartlarındaki bilgilerin dökümü yapılmıştır. Bu kartların sayısı 328'dir. Kartların içeriği kadınlara ilişkin genel bilgilerle (eğitim durumları, evlilik yaşları) doğurganlıkları ile ilgili (düşük, kürtaj, gebelik sayıları, aile planlaması) olanları kapsamaktadır.

İkinci tür bilgiler aynı kartlardaki 86 aile ile yüz yüze görüşülerek toplum gönüllüsü rehberliği ve tercümanlığı aracılığıyla toplanmıştır. Toplum gönüllüsü ile birlikteliğin nedeni, toplum gönüllüsünün onlarla aynı dilde (Kürtçe) konuşması, diğer bir anlatımla kadınlar arasında Türkçe bilme oranının düşük olmasıdır. Ayrıca göç edenler tanımadıkları kimselere bilgi vermekten kaçınmakta, kapıyı bile açmamaktadırlar.

Göç öncesi dönemde sonrası dönemde sağlık hizmetlerini kullandıklarını değerlendirirken kadınlara çocukları hastalanınca ne gibi bir yol izledikleri ve doğumlarını nerede yaptıklarını sorulmuştur. Göç öncesi dönem ve sonrası dönem karşılaştırılırken bağımsız gruplarda yüzdeler arası farkın önem kontrolü analizi uygulanmıştır. Göç öncesi dönem ile sonrası farklı kadınların doğum yaptıkları, veya farklı kadınların çocuklarının hasta olması nedeniyle gruplar birbirinden bağımsız alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma:

1. Yerleşim ve Konut: Göç edenler ilk defa Diyarbakır'daki akrabalarının yanlarına gelmişlerdir. O zamanlarda beş ailenin, 30-35 kişinin bir arada yaşadığı hanelere rastlanıyordu. Her bir aile bir odayı paylaşıyor, bazı durumlarda akraba erkekler ve kadınlar ayrı odalarda yaşıyorlardı.

Zamanla göç edenlerin bir kısmı kendilerine konut edindiler. Bir kısmı ise belediyeler tarafından sağlanan sosyal konutlara yerleştirildiler. Araştırma sırasındaki görüşmelerimiz ve gözlemlerimiz bu bölgenin, daha çok, sıkışıklığın atlatıldığı ikinci bir yerleşme bölgesi olduğunu gösteriyor.

Göç edenler yerleştikleri bölgeye yaşamlarını da birlikte getirmişlerdir. Bu alanlar köy görünümündedirler. Sahaya girildiğinde

ortak kullanılan mahalle tandirleri, tezek yığınları, kümes hayvanları, sebze bahçeleri ile karşılaşılır. Bölge ait yapıdan yoksundur. Atık sular mahalleler içinde akmakta, su çeşmelerden taşınmaktadır.

2. Eğitim Durumları: 328 ailenin alındığı büyük örneğimizde kadınların %84.7'si okuma yazma bilmemektedir. %15.3 kadın okur yazar yada ilkök mezundur. Ortaokul ve üstü eğitim yapan kadına rastlanmamıştır.86 kadını kapsayan küçük örneğimizde, -benzer biçimde-okuma yazma bilmeyen kadınların oranı %81.4'tür.

3. Aile ve Akrabalık İlişkileri: Görüşme yaptığımız ailelerin %65.2'si çekirdek aile, %34.8'i geniş aileler halinde yaşamaktadırlar. Geniş aileler 1990'lardan sonra göçenler arasında daha yaygındır (Tablo 1).

Bu durum geleneksel yapı etkileri yanında olumsuz koşulların aileleri bir arada yaşama zorunda bıraktığının kanıtıdır. Örneğimizde hane genişliği 7.8 kişidir. Bu rakam çekirdek ve geniş aileler için ayrı ayrı verilecek olursa; çekirdek ailelere aile büyüklüğü 6.6, geniş ailelerde 10.0'dır. Oranlar 5 ve 9 olan GAP Bölgesinden (Harran Ovasından) yüksektir (3).

Tablo 1: Göç Edenlerin Aile Tipleri

Ne Zaman Geldikleri (yıl)	Aile Tipleri					
	Geniş Aile		Çek.Aile		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-7	22	42.3	30	57.7	52	60.4
8-12	3	18.7	13	81.3	16	18.6
13 +	5	27.7	13	72.3	18	21.0
Toplam	30	34.8	56	65.2	86	100.0

Araştırma yaptığımız alanda kırsal kesimden gelen Liceliler, Kulplular, Dicleliler ve diğerleri birbirine yakın evlerde otururlar. Aynı ilçelerden gelenler öbek öbek seçilirler. Çoğu da akrabadırlar. Akraaba evliliklerinin oranı: %53.3'dür.

4. Geçim Durumları: İlk başta göç edenlerin yoksul, ne zaman ne kadar para kazanacağını bilmeyen, güvencesiz bir yaşam sürdürdüklerini belirtmek gerekir. Çünkü örneğimizde amele, seyyar satıcı, arabacı gibi iş buldukça çalışanları oranı %53.4'dür. %27.8 aile reisi devamlılık gösteren işlerde çalışmaktadır. "Eşim çalışmıyor, işsiz" diyenlerin oranı %18.6 dır (Tablo 2). GAP Bölgesi Nüfus Hareketleri Araştırması'nda işsiz olanların da ara sıra kısa süreli işlerde çalıştıkları belirtilmektedir (4). Ancak örneğimizde %12.7 kadın, akrabalarının, komşularının kendilerine baktığını söylemişlerdir. Diğer bir ifadeyle %20.8 aile hiçbir geliri olmadığı için başkaları tarafından geçindirilmektedir.

Tablo 2: Göçle Gelen Kadınların Eşlerinin Mesleği

Ne Zaman Geldikleri (yıl)	Eşinin Mesleği								Toplam	
	Çalışmıyor		İşçi,memur		Çiftçi		Geçici işçi		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-7	9	17.4	2	3.8	10	19.2	31	59.6	52	60.4
8-12	3	18.8	3	18.7	2	12.5	8	50.0	16	18.6
13 +	4	22.4	4	22.2	3	16.6	7	38.8	18	21.0
Toplam	16	18.8	9	10.4	15	17.4	46	53.4	86	100.0

5. Kadın Sağlığına İlişkin Değerlendirmeler: 328 kişilik örneğimizde kadınların yaş ortalamaları 28.7±5'dir. Ortalama ilk evlenme yaşı 16.3±4.7 dir.100 gebelik başına 9.13 düşük, 3.85 kürtaj saptanmıştır. Ortalama canlı doğum sayısı 5.5±3.7, ortalama sahip olunan çocuk sayısı 4.0±2.7 dir.121 kadının son bir yıl içinde 0-24 aylık bebeği ölmüştür (0-24 aylık bebek ölüm hızı binde 66.5). Bu veriler kadınların sık aralıklarla çok sayıda gebe kaldıklarını, erken yaşta evlendirildiklerini ve erken yaşta anne olduklarını göstermektedir. Başka bir anlatımla, bu göstergeler riskli gebeliklerin habercisidir. Ayrıca sağlıksız koşullarda yapılan düşükleri yine kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum erken yaşta tükenme, malnütrisyon, anemi gibi kronik hastalıklarla, sepsis gibi akut ve kadınların yaşamlarını tehdit eden sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

Aile planlaması yöntemleri kullanma açısından: Kadınların %22.5'i korunmakta, %77.5'i çocuk yapmayı önleyici hiçbir çareye başvurmamaktadır. Korunan kadınlar arasında modern yöntem kullananların oranı %12.5'tir. Doğurganlık hızının yüksek olduğu bölgemizde, aile planlamasına başvurmama nedenleri, daha önce ilin gecekondularında yaptığımız araştırmalarla saptanmış, ailelerin aşiret düzeni içerisinde yaşamları bu hızın yükselmesinde önemli bir etken olarak görülmüştür (5). Bu düzen çok çocuğa ihtiyaç duyurmakta, aile yapısı gereği anneler doğuracakları çocuk sayısında etkili olmamaktadır. Çocuk sayısını erkek ve erkeğin akrabaları belirlemektedir. Çocuklar ailelerin hem gündelik geçimlerinde hem de gelecekte ekonomik güvence olarak görülmesi, dinsel değerlerle birlikte çok çocuğa sahip olma isteğini güçlendirmektedir (5).

Tablo 4 :Son 7 Yılda Göçle Gelen Kadınların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları

	Göçten Önce		Göçten Sonra	
	n	%	n	%
Hasta çocuklarını nasıl iyileştirdikleri*				
Geleneksel ted.	19	46.3	9	31.1
Sağlık Ocağı	15	36.7	7	24.1
Dev.Hast. SSK	7	17.0	13	44.8
	41*	100.0	29	100.0
t = 1.25, p>0.05				
Doğum yardımı**				
Yerli ebe	35	85.2	28	80.0
Resmi ebe	6	14.8	7	20.0
	41	100.0	35	100.0
t = -0.56, p>0.05				

*Göç öncesi dönemde 11 kadının, göç sonrası dönemde 23 kadının, son iki ay içinde çocuğu hasta olmamış yada çocuğu yoktur.

**Göç öncesi dönemde 11 kadının, göç sonrası dönemde 17 kadının çocuğu olmamıştır

Göç edenler doğumlarını yerli ebeler yardımı ile geleneksel yöntemlerle yapmaktadırlar. Yerli ebelerle yapılan doğumlar Doğu Anadolu (%49.7), ülke kırsalı (%50.6) (6) ve Diyarbakır gecekondularından yüksektir (%62.7).

Her iki tabloda da 0-7 yıl arasında göç edenlerin geleneksel ve modern tedavi yöntemlerini kullanma oranlarının farklı olduğu görülmektedir. Kentte hasta çocukların iyileştirilmesinde geleneksel tedaviye ve sağlık ocağına başvuru oranı düşmekte, hasta ço-

cukların Devlet Hastanesi ve SSK Hastanesine götürülme oranları yükselmektedir. Ancak tabloda oranlar daha yüksek görülmesine karşın, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Diğer bir ifadeyle göç edenler, eski yerleşim yeri köyde ve yeni yerleşim yeri kentte sağlık kurumlarından farklı bir düzeyde yararlanmamaktadırlar.

Yeni yerleşim yeri kentte Devlet Hastanesine başvuru nedeni hizmetlerin ucuz olmasındandır. SSK hastanesine başvuru nedeni ise karne kullanmalarından kaynaklanmaktadır. İlginçtir ki SSK karnesi ve yeşil kart ayrı semtlerde otursalar da akrabalar, tanıdıklar arasında ortak kullanılmaktadır. Kadınların %83.5'inin sosyal güvencesi yoktur. %16.5 kadın sosyal güvence kurumlarında faydalanmaktadır. 40 kadın SSK'lı, 7 kadın emekli sandığı, 1 kadın yeşil kartlıdır. Hasta kadın kızının, oğlunun veya amcasının SSK karnesi ve yeşil kartıyla bu kurumlara başvurmakta, yeşil kart kullandığında ilaçlarını alamamaktadır. Buna karşın sahada yeşil kart isteyen çok kadınla karşılaşmıştır.

Göç edenler hastalarını geleneksel yöntemlerle iyileştirme çabalarının nedenlerini parasızlık olarak belirtmektedir. Ancak oranların bu denli yüksek olmasında "ben doktora gitmesini bilmem, sağlık ocağının yerini bilmem" gibi ifadelerle kurumları tanımamanın dil bilmemenin, resmiyetten çekinme gibi etkenlerin payı gözden kaçırılmamalıdır.

Sonuç: Bu makalede göç edenler, yerleşim biçimleri, konutları, geçim durumları, aile ve akraba ilişkileri açılarından tanıtılmaya çalışılmıştır. Kadınların doğurganlık özellikleri çıkarılmış, sağlık sorunlarına nasıl çözümler aradıkları incelenmiştir.

Zorunlu göçler örneğimizin %60'ını oluşturmaktadır. Göç edenler alt yapıdan yoksun sağlıklı konutlarda yaşamaktadırlar. Geçim olanakları çok sınırlı ve zordur. Geçici işlerde az ücretle çalışırlar. Okuma yazma ve Türkçe bilen kadın sayısı çok azdır. Bununla beraber aşiret işidir diye tanımlanan ve şehirde daha bir güçlü yapıya dönüşen geniş aile geleneği ve hemşehrlik duygusu, göçenlerin kentteki bazı sorunlarının çözülmesinde kolaylık sağlayan bir işleve sahiptir. Bunlar arasında gelersiz ailelerin geçimlerine destek, inşaata yardım, hükümet işlerine yardım ve hastalıklarda yeşil kart ile SSK karnelerinin ortak kullanımı araştırmamızda saptadıklarımızdandır.

Kadınların doğurganlık özelliklerini gösteren veriler, Doğu Anadolu, ülke kırsalı ve ülke ortalamasından yüksektir. Göçenlerin parasızlıkla açıkladıkları neden yüzünden sağlık kuruluşları yeterince kullanılmamaktadır. Burada dil bilmemenin, kurumları tanımanın etkileri vardır. Yoksulluk, eğitimsizlik, iletişimsizlik göç edenlerin alt yapılarını besleyen nedenler arasındadır.

KAYNAKLAR

1. Ersoy, M. Göç ve Kentsel Bütünleşme. Türkiye Gelişme Araştırmaları Vakfı Yayını: 2 Ankara: 1985.
2. Erder, S. "Türkiye Yoksulluğu Önleme Stratejileri Sivil Kuruluşları Diyaloğu" TESEV. Diyarbakır Toplantısı Konuşma Metni. Diyarbakır: 29-31 Mayıs 1997.
3. Doğanay, F. "Güneydoğu Anadolu Projesini Uygulanmasında Önce Harran Ovasında Sosyal ve Kültürel Değişme" Dünyada ve Türkiye'de Güncel Sosyolojik Gelişmeler Sosyoloji Derneği Yayınları III Ankara:1994.
4. GAP Bölgesi Nüfus Hareketleri Araştırması: Yöneticiler için Özet. TC Başbakanlık GAP Bölgesi Kalkınma İdaresi Başkanlığı. Ankara: Temmuz 1994.
5. Elmacı, N. "Aile Planlaması Hizmetlerini Engelleyen Toplumsal ve Kültürel Faktörler: Diyarbakır Gecekondu Örnekleri. Halk Sağlığı Günleri Özet Kitabı Samsun: 1995.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. HÜNEE Ankara: 1994.

**DIYARBAKIR DEVLET ve ÇOCUK HASTANELERİNE BAŞVURAN
BİREYLERİN TANIMLANMASI**

Yrd. Doç. Dr. Melikşah ERTEM*, Uz. Dr. Günay SAKA*, Prof. Dr. Ersen İLÇİM*

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD DIYARBAKIR

ÖZET

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının işlevlerini tam olarak yerine getirememesi nedeniyle ikinci basamak sağlık kuruluşlarında aşırı yığılmaların olduğu ve verimliliğin düştüğü bilinmektedir. Bu çalışmada Diyarbakır Devlet ve Çocuk Hastanelerine beş iş günü boyunca baş vuran tüm bireylerden rastgele seçilen 898 birey değerlendirilerek sorun irdelenmeye çalışılmıştır. Hastanelere gelenlerin çoğunlukla sağlık ocaklarına baş vurmadıkları, sağlık ocağı fonksiyonlarını bilmedikleri, sağlık ocağı hekimlerine güvenmedikleri, daha çok yasal zorunluluk nedeniyle sağlık ocaklarını kullandıkları belirlenmiştir.

Giriş: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un kabul ettiği (öngördüğü) temel ilkelerden birisi de sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasıdır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocaklarında verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini içerir. Bireyler hastalandıklarında önce ücretsiz hizmet eden sağlık ocaklarına gider, uzman hekim görüşü yada yataklı tedavi gerektiren hallerde ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir hastaneye sevk edilirler (1). Her hastalananın doğrudan hastaneye baş vurması hastanelerde gereksiz yığılmalara, uzman hekimlerin gerçekten gereksinimi olan kişilere yeterli zaman ayıramamalarına neden olmakta ve tedavi hizmetlerinin etkinliğini düşürmektedir. Bu durumdan yalnız biz sağlık çalışanları değil, toplumun tüm bireyleri rahatsızlık duymaktadır. Devlet Hastanesi polikliniğine gelen hastaların çoğunun probleminin sağlık ocağında çözülebilir olmasına karşın bireylerin neden devlet hastanelerini ilk tercih olarak kullandıkları merak konusudur. Hastanelere baş vuran bireylerin ne kadarının sağlık ocağından sevk ile geldiği, sağlık ocağı hizmetlerinin neler olduğunu bilip bilmedikleri ve bu hizmetlerden yararlanıp yararlanmadıklarını saptamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Materyal-Metod: Bu çalışma 1-5 Eylül 1997 tarihleri arasında Diyarbakır Devlet ve Çocuk Hastaneleri polikliniklerine baş vuran her beş hastadan birine uygulanan anket ile yapılmıştır. Bu şekilde belirlenen 455 kadın, 433 erkek toplam 898 bireyin (çocuk hastaların ebeveynleriyle görüşülmüştür) yaş, eğitim, meslek, sosyal güvence durumları ve kır yada kentten geldikleri kaydedilmiştir. Diyarbakır Devlet Hastanesi, Çocuk Hastanesi, SSK Hastanesi, Göğüs Hastanesi, Askeri Hastane, Doğumevi Hastanesi Diyarbakır il merkezinde ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Bunların içinde Devlet Hastanesinin araştırma alanı olarak seçilmesinde, tüm klinikleri bünyesinde bulundurması, sadece SSK'lıların değil, toplumun tüm bireylerince kullanılıyor olması gibi faktörler etkili olmuştur.

Bulgular ve Tartışma:

Tablo 1: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Yaş ve Cinslerine Göre Dağılımı

YAŞ	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-4	84	9.35	100	11.13	184	20.48
5-9	52	5.79	53	5.90	105	11.69
10-14	37	4.12	41	4.56	78	8.68
15-24	79	8.79	76	8.46	155	17.26
25-34	75	8.35	58	6.45	133	14.81
35-44	39	4.34	29	3.22	68	7.57
45-54	28	3.11	28	3.11	56	6.23
55 -	61	6.79	58	6.45	119	13.25
TOPLAM	455	50.66	443	49.34	898	100.00

Hastaneye baş vuran hastaların yaş gruplarına baktığında 0-4 yaş grubunda %20.48, 5-9 yaş grubunda %11.69 ve 10-14 yaş grubunda %8.68 olduğu görülmektedir. Beklendiği gibi hastaneye baş vurularda çocuk yaş grubu büyük yer tutmaktadır (%40.85). Bu oran Ankara Gölbaşı bölgesinde sağlık hizmetlerinin kullanımını araştıran çalışma ile benzerlik göstermektedir (2). Hastaneye baş vuran hastaların %50.66'sı kadın ve %49.34'ü erkektir.

Hastaneye gelenlerin eğitim durumlarına ve mesleklerine göre dağılımı tablo 2'de gösterilmiştir (çocuk hastaların ebeveynleri değerlendirilmiştir). Okuryazar olmayan grubun diğerlerinden daha fazla olduğu saptanmıştır (%33.63). Baş vuranların mesleklerine göre dağılımında ev hanımlarının ve memur grubunun yüksek olduğu gözlenmektedir.

Hastaneye gelen bireylerin ilk başvurdukları yerin sağlık ocağı ocağı olup olmamasının sosyal güvence durumuna göre incelenmesi tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre yeşil kartlı bireylerin %66.67'sinin sağlık ocağına gittikten sonra devlet hastanesine geldikleri saptanmıştır. Bunda asıl eikenin yeşil kartlıların sağlık ocağından sevk alma zorunluluğunun olmasıdır. Sosyal güvencesi olan bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları bir çok çalışmada gösterilmiştir (2, 3). Sosyal güvencesi olanların büyük bir kısmı, sağlık ocaklarından sevk edilme zorunluluğu olması nedeniyle sağlık ocağına gitmektedir. Aslında bu bireyler yine sağlık ocağını kullanmamakta, belkide sağlık ocağında çözüm bulunabilecek sorunlarına çareyi devlet hastanesinde aramaktadırlar.

Tablo 2: Devlet Hastanesine Başvuran Bireylerin Eğitim ve Meslekleri (n:898)

EĞİTİM DURUMU	Sayı	%
OYD	302	33.63
OY	81	9.02
İLKOKUL	185	20.61
ORTAOKUL	87	9.68
LİSE	178	19.83
YÜKSEK OKUL	65	7.23
MESLEK GRUBU		
EV HANIMI	370	41.20
İŞSİZ	77	8.57
ÖĞRENCİ	73	8.12
MEMUR	220	24.49
GEÇİCİ İŞÇİ	57	6.34
ESNAF	15	1.67
ÇİFTÇİ	36	4.05
SERBEST	50	5.56

Tablo 3: Hastaneye Gelmeden Önce Sağlık Ocağına Başvurma Durumunun Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

SOSYAL GÜVENCE DURUMU	BAŞVURMADI		BAŞVURDU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SOSYAL GÜVENCESİ VAR	263	75.79	84	24.21	347	38.64
SOSYAL GÜVENCESİ YOK	298	65.06	160	34.94	458	51.00
YEŞİL KARTLI	31	33.33	62	66.67	93	10.36
TOPLAM	592	65.92	306	34.08	898	100.00

 $\chi^2: 59.16, p < 0.001$

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %65.25'i kır, %34.75'i kentten gelmişlerdir. Kırsal bölgede başka sağlık kuruluşu olması yada yakınlık gibi faktörler etkisiyle sağlık ocağının ilk tercih olması beklenen bir sonuçtur. Bu sonuç Kayseri ili SSK Hastanesi'ne başvuran 15-49 yaş grubu kadınların irdelendiği çalışmada da saptanmıştır (4). Örneğimizde kırsal başvuruların daha çok olduğu kentte oturanların Devlet Hastanesi dışında başka sağlık kuruluşlarında kullanabilir olmasındadır. Sağlık ocağından sevk ile gelme bakımından kırdan yada kentten gelme farklılık yaratmamaktadır. Kırdan sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu ve ulaşım etkeninin daha yoğun yaşandığı bir gerçektir. Bireyler hastalandıklarında kent merkezine gelmekte ve Devlet Hastanesini tercih etmektedirler.

Tablo 4: Hastaneye Gelmeden Önce Sağlık Ocağına Başvurma Durumunun Kır Yada Kentten Gelmesine Göre Dağılımı

GELDİĞİ YER	BAŞVURMADI		BAŞVURDU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KIR	396	67.57	190	32.43	586	65.25
KENT	196	62.82	116	37.18	312	34.75
TOPLAM	592	65.92	306	34.08	898	100.00

 $\chi^2: 2.05, p > 0.05$

Türkiye'de poliklinik hizmetlerinin önemli bir kısmını hastaneler gerçekleştirmektedir. Poliklinik hizmetlerinin ancak %11'i sağlık ocaklarında verilmektedir (5). Hastaneye gelen bireylerin çoğunluğu sağlık ocaklarından sevk almaktadır. Bireylerin doğrudan hastaneye başvuru nedenleri incelendiğinde (tablo 5); uzman hekim isteği ve sağlık ocağı hekimine güvensizlik %44.76 ile en sık neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuç Kayseri il merkezine I. ve II. basamak sağlık hizmetlerine başvuranların incelendiği çalışmada da bulunmuştur (6). Bu sonuçta hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin, ülkenin koşullarına uygun ve sağlık sorunlarına yönelik eğitiminin sağlanamaması ve sağlık politikamızda uzmanlaşmanın öncelikli olması rol almaktadır (7, 8).

Tablo 5: Doğrudan Hastaneye Başvuru Nedenleri

	Sayı	%
Sağlık ocağına güvenmeme	265	44.76
Sağlık ocağının yerini veya görevini bilmeme	108	18.24
Devlet hastanesinde tanıdık personel	51	8.68
Hastanelerin teknik olanaklarının fazla olması	102	17.22
Kontrol	37	6.25
Diğer	28	4.72
TOPLAM	592	100.00

Diyarbakır sosyalizasyonun ilk uygulandığı illerden biridir. Buna rağmen ilde sağlık ocakları toplumun tümü tarafından bilinmez yada kullanılmaz. Tablo 6'da araştırma kapsamına giren bireylerin %12.69'u sağlık ocağının görevini bilmediğini belirtmiştir. Bunun yanında sağlık ocaklarında sadece enjeksiyon yapıldığı, yada tansiyon ölçüldüğü, rapor verildiği, sadece çocuklar için aşı yapıldığı düşüncesi ile yaygın olarak karşılaşılmıştır.

Tablo 6: Sağlık Ocaklarında Verilen Hizmet Hakkındaki Bilgileri (n=898)

	Sayı	%
Bilmiyor	114	12.69
Enjeksiyon, pansuman	265	29.51
Poliklinik, tansiyon ölçümü	169	18.81
Bağışıklama	235	26.16
Sevk, rapor gibi işler	105	11.69
Gebe izleme	34	3.78
Aile planlaması	42	4.67
Çevre sağlığı	10	1.11
Laboratuvar	55	6.12
Sıtma	3	0.33

Sağlık ocaklarının toplum tarafından tanınmaması, sağlık ocaklarında verilen hizmetin kapsayıcılığını azaltmaktadır. Sağlık ocaklarının başarısız olma nedenlerinden birisi de budur. Halbuki 224 sayılı yasa tüm kuralları ile işletilebilse örneğin; toplum katılımı sağlanabilseydi, sağlık ocakları tanıtılabilirdi. Sağlık ocaklarının neden başarısız olduğu pek çok araştırmacı tarafından incelenmiş ve politika yapıcıların sağlık ocaklarını desteklemedikleri sonucuna varılmıştır (7, 9). Tablo 7'de sağlık ocağına başvurduktan sonra hastaneye gelenlerin %76.14'ünü sevk edilmiş olma nedeniyle geldikleri görülmektedir. Bu bireylerin çoğunluğunun sağlık ocağını ikinci basamağa giderken resmi sevklerinin onaylanması için kullandığı gözlenmiştir.

Tablo 7: Sağlık ocağına başvurarak gelenlerin hastaneye gelme nedenleri

S.O. dan hastaneye gelme nedeni	Sayı	%
Sevk edilmiş olma	233	76.14
Laboratuvar gereksinimi	32	10.46
Verilen tedaviden yarar görmeme	21	6.86
Diğer	20	6.54
Toplam	306	100.00

Sonuç:

- *Araştırma örneğine giren bireyler sağlık ocaklarının fonksiyonlarını bilmemektedir.
- *Sevk zinciri işlememektedir.
- *Sağlık ocağına gitmeden hastaneye direkt olarak başvurmada en önemli neden sağlık ocağı hekimlerine güvensizliktir. Yeşil karlıların sağlık ocağına gittikten sonra devlet hastanesine gelme nedeni sevk zorunluluğu olmasıdır.
- *Devlet hastanesine başvuruların %65.23'i il merkezi dışında kırsal bölgeden gelmiştir.
- *Resmi hastaların devlet hastanesine gelmeden önce sağlık ocağından sevk alma zorunluluğu sağlık ocağının sadece sevk edilme amacıyla kullanılması sonucunu doğurmuştur.

KAYNAKLAR

1. TC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Akın Matbaası, yayın no: 154, sayfa 48-51.
2. Bülent Kılıç, Göbbaşı Bölgesinde Yaşayan Bireylerin Sağlık Hizmeti Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, sayfa: 228-31, 12-16.10.1996, İstanbul.
3. Gazanfer Aksakoğlu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Seçtiği Sağlık Kuruluşları ve Bu Seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, HÜTF Halk Sağlığı AD, 1979, Ankara.
4. M. Balkanlı, A. Öztürk, Y. Öztürk, Kayseri İli SSK Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, sayfa 262-65, 12-16 Eylül 1994, Didim.
5. İker Belek, Birinci Basamak Yağmasında Arta Kalanlar: Pek az 224; Birkaçyüz aile Hekimi Ama Dahada Kötü Yönetim, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, cilt 10, sayı 37, sayfa 23-25.
6. F. Çetinkaya, İ. Gün, Y. Öztürk, Kayseri İlinde I., II., III. Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 0-6 Yaş Grubu Çocukların Sevk Zinciri Açısından Değerlendirilmesi, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 94, cilt 9, sayı 62, sayfa:6-9.
7. Rahmi Dirican, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 94 cilt 9, sayı 60, sayfa 49-51.
8. Gülsere Ağrıdağ, Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Pratisyen Hekimlerin Yeri ve Sorunları, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, cilt 10, sayı 67, sayfa 78-80.
9. Gazanfer Aksakoğlu, Denenmeyen Model Sosyalleştirme, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 94, cilt 9, sayı 60, sayfa 52-55.

**SAĞLIK OCAĞINDA YERİNDE HIZLI HİZMET DEĞERLENDİRME:
YAŞLI SAĞLIĞI ÖRNEĞİ****Uz. Dr. Cem TURAMAN**

Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü-Alman Teknik İşbirliği Kurumu, Ankara

ÖZET

Ülkemiz 65 yaş üzeri nüfus XXI. yüzyılın üçüncü onyılında toplam nüfusun %10 una ulaşacaktır. Bu yaş dönemine özgü başlıca sağlık sorunlarının çözüm yeri, üst basamakların yardımına başvuru olsa da, topluma en yakın sağlık hizmeti veren sağlık ocağıdır. Sağlık ocağı hekimleri, yaşlı sağlığıyla ilgili verdikleri hizmetleri geliştirmek amacıyla, kendi kendilerine, dışardan bir gözlemciye gerek duymadan değerlendirebilmelidir. Bu hekimlerin gereksinimi, fazla zamana gerek duymayan ve kolay uygulanan hızlı değerlendirme yöntemidir (HDY). Bu amaçla hizmet niteliği değerlendirme araçları kullanılabilir. Yaşlı sağlığı hizmeti değerlendirmede, sağladıkları verinin geçerliliği, güvenilirliği ve uygulanabilirliği açısından en uygun değerlendirme araçları, rafine edilmiş sonuç ile sonuç ve işlemi birlikte dikkate alanlardır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı sağlığı-Birinci basamak sağlık hizmeti-Hızlı değerlendirme**SUMMARY****RAPID AND SELF ASSESSMENT OF THE CARE IN THE HEALTH CENTER:
CASE OF ELDERLY CARE**

65 and over age group will reach 10% of the total population of Turkey by the third decade of the XXIst century. Although referral of the unhealthy elderly to the second and third levels of the health care is necessary; the essential of the health care of the elderly is provided at the health center, since the health center is situated at the community level. The medical doctor of the health center, should assess the quality of elderly health care, in order to improve it without help of external auditors. The assessment should be not time consuming and easy to manage. For this purpose, the necessary information may be obtained by using the quality assessment tools. Considering the pertinence, fiability and applicability criteria, the most appropriate tools of the evaluation of the health care of elderly are; refined outcome tools and process-outcome combined tools.

Key Words: Health of the elderly-Primary health care-Rapid assessment

Giriş: Toplumumuzun yaşlanma zamanı gelmiştir. Yaşlanma terimi burada, hem beklenen yaşam süresinin uzaması, hem de ileri yaşa özgü bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel sağlık sorunlarının artması anlamında kullanılmıştır. Birinci basamak terimi ise, hastanın ilk başvurduğu sağlık kuruluşu değil, ilk başvurması gereken sağlık kuruluşu, sağlık ocağı anlamındadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "XXI. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası Avrupa Bölgesi için saptadığı 26 hedefinden beşincisi, yaşlı sağlığı ile ilgilidir: "2020 yılında yaşlı kimseler daha sağlıklı bir yaşlanma ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmaya olanak bulabilmelidir" (1).

Sağlık Bakanlığı da, Türkiye Ulusal Sağlık Politikası'nın 23. hedefi olarak yaşlı sağlığının önemini belirtmiş, yaşlı sağlığı ilke ve stratejilerini belirlemiş ve yaşlı sağlığı ulusal politikasının 2000 yılında yürürlüğe konulacağını açıklamıştır (2).

2025 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun ülkemiz toplam nüfusunun şimdilik yalnız %4.2 sini oluşturmakla beraber; %9-10'una ulaşacağı kestirilmektedir (2, 3). Ülkemizin bugünkü 65 yaş üzeri nüfusunun %90'ında 1, %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %15'inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (2). İleri yaşlarda daha sık görülen kronik hastalıklardan bazıları, koroner arter hastalığı, kanserler ve beyin-damar hastalıkları, ülkemizde toplam ölümlerin günümüzde %51, 3'üne neden olmaktadır. Ülkemizde 1, 2 milyon koroner kalp hastası olduğu ve her yıl bunların 130 000'inin öldüğü tahmin edilmektedir (3).

Henüz yürürlükte olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre hekimin hizmet verdiği en uç birim sağlık ocağıdır (4). Sağlık ocağı, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir (5). O halde bir toplumun yaşlı nüfusunun sağlığı, tüm diğer yaş gruplarının sağlığı gibi, öncelikle birinci basamak sağlık ekibinin, en çok da sağlık ocağı hekiminin sorumluluğundadır.

Kişilerin ileri yaşta kendine yetemez olmasının getirdiği sorunlar, ülkemizde örgütlü sosyal desteğin yetersiz kalmasına karşılık, önemli ölçüde aileleri tarafından karşılanmaktadır. İleri yaştaki kişilerin durumlarının elverdiği ölçüde nitelikli ve sağlıklı bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmak, bu yaş grubunda sık görülen hastalıkların ise erken tanısı, gerektiğinde kesin tanı ve sağaltımlarının düzenlenmesi için üst basamaklarla işbirliği, daha sonra bu kişinin izlenmesi ve sağaltımı sürdürmesi için desteklenmesi, sağlık ocağının görevidir (6).

Tüm gelişmekte olan ülkelerde (Güney) olduğu gibi ülkemizde de, birinci basamak hekimleri, bilgi toplama ve kullanmadaki yetersizlikler nedeniyle diğer görevleri gibi bu görevlerini de ne ölçüde yerine getirdiklerini bilmeden çalışmaktadırlar. Bunun sonucunda hizmeti iyileştirme çabalarını da planlamakta güçlük çekmektedirler. Bu durumun temel nedenlerinden biri, elde bulunan veri toplama sisteminin hem kapsayıcılık hem nitelik olarak yetersiz olması ve geri bildirim olmamasıdır (2, 7). Bunlara ek olarak var olan veri toplama sistemi, yerinde ve hızlı değerlendirme amaçlarına göre düzenlenmediği için bu amaçla kullanılamaz (8, 9). Kullanıldığı taktirde değerlendirmenin her aşamasında ölçümlerin geçerliliği sorunu ortaya çıkacaktır (10).

Birinci basamakta yaşlı sağlığını korumak ve geliştirmek için verilen hizmetin hem sayısal, hem nitelik olarak geliştirilmesi, sağlık ocağının işlerinden biridir ve bu iş giderek artacaktır (2). Bu hizmetin sağlık ocağı olanaklarıyla sağlanabilir hale gelmesi, hizmetin nitelikli biçimde sağlanmasına bağlıdır. Nitelikli hizmet, bir karşılaşmada hastanın gereksinimini tam ve en geniş biçimde yanıtlama anlamına gelir (7). Hizmet niteliğinin artması, sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını azaltır (8). Niteliği düşük hizmet, sorunun çözümünün geciktirmekten başka işe yaramaz ve maliyeti, sorunu zamanında çözmekten daha yüksektir (11).

Hizmetin geliştirilmesinde temel bir bileşen, hizmetin değerlendirilmesi, bu yolla belirlenen hedefle varılan yer arasındaki açıklığın ölçülmesidir (12). Değerlendirmenin en etkili biçimde hizmete yansması, hızlı değerlendirme yöntemleri ile olabilir (9). Değerlendirme sonuçlarının hizmete en hızlı biçimde yansması ise, hizmet verenin hizmet verdiği düzeyde kendi kendini değerlendirmesi ile olur (13). Sağlık ocağı hekimleri, yaşlı sağlığı hizmetini geliştirebilmek için yaptığı uygulamaları kendi kendine değerlendirebilme-

lidir. Aynı şekilde, birinci basamakta verilen bu hizmetin kendi kendine değerlendirilmesi için seçilen araçlar, hizmetin grup başkanlığı ve il sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirilmesi amacıyla da kullanılabilir (14). Bunu gerektiren, farklı zamanlarda farklı kişiler (dışardan değerlendirilen-kendi kendini değerlendiren) tarafından elde edilen verilerin birlikte kullanılabilir olmasının daha maliyet/etkili olacağıdır (15).

Bu çalışmanın amacı, hem birinci basamak hekimlerine, hem de ara düzeylerdeki sağlık yöneticilerine birinci basamakta verilen yaşlı sağlığı hizmetlerinin hızlı değerlendirilmesi için yöntemler önermektir.

Terimler ve Yöntemler

1. YAŞLILIK

1.1. Tanım: Yaşlılık, biyolojik, sosyal, ekonomik, kronolojik ölçütlerle tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş üzerini yaşlı, 80 yaş üzerini çok yaşlı olarak tanımlamaktadır (16). Ülkemizde yaşlılığın başlangıç yaşı, yasa yapma amacı ile 60 yaş olarak kabul edilmektedir (17). Yaşlı sağlığının temel belirleyicileri, gençle yaşlı arasındaki biyolojik ve fizik farklılıklar, fizyolojik yetenek ve işlevlerde azalma, yaşamın geç dönemlerine özgü değişiklikler, toplumun sosyo ekonomik örgütlenmesinin yaşlı üzerindeki etkisi ve toplumun sosyo ekonomik yapısının yaşlıların gereksinimlerini karşılayabilmesidir (18). Yaşlı kişinin sağlık durumu, kendini sağlıklı bulma derecesi, hastalık sayısı, yakınma sayısı, yaşam tatmini, sosyal katılım, işlevsel durum (yürüme, egzesiz) gibi ölçütlerle değerlendirilmektedir (19).

1.2. Yaşlılıkta morfolojik, fizyolojik, biyolojik ve kronolojik değişim:

Yaşlılıkta birlikte vücut görünümü değişir. Birinci grup değişim iskelet sistemini ilgilendirir ve duruş, ayakta ve otururken boy, omuzlararası açıklık, göğüs derinliği değişiklikleri ile belirlenir. İkinci grup değişim ise vücut yağ depolarında olur ve kilo artışı ve çeşitli bölgelerde deri kalınlığında değişimler ile belirlenir (18). Fizyolojik yaşlanma, artan yaşla birlikte tedricen gelişen türe özgü doğal değişikliklerdir (18). Yaşlılıkta birlikte görülen fizyolojik değişimler, başlıca vücut bileşimi, kalp-damar sistemi, böbrekler, sindirim sistemi, karaciğer, beyin, sinirler, akciğerler ve endokrin sistemde olur (17). Biyolojik yaşın tanımlanması, fizyolojik yaşlanma ölçütleri, mental yetenek ölçütleri gibi çeşitli ölçütlere göre yapılmaktadır (18). Kronolojik yaşlanma ölçütü olarak, yukarıda verilen farklı sınıflamalar da önerilmektedir: 45-59 orta yaş, 60-74 yaşlı (elderly), 75 ve üzeri ihtiyar (old), 90 yaş üzeri çok ihtiyar olarak tanımlanabilir (18).

1.3. Sağlık ocağının rolü

1.3.1. Genel: Yaşlılığın ele alınışında dikkate alınması gereken etmenler: Günlük yaşam işlevleri (hareketlilik, toplum içinde yer sahibi olma, kendi işlerini yapabilmek), akıl sağlığı (bilişsel durum, psikiyatrik belirtiler), sosyal ve kültürel iyi olma hali, fizik sağlık (kendini sağlıklı hissetme, hastalığa özgü belirtiler ve tanı, sağlık hizmetini kullanma, kendine yetme oranı), sosyal ilişkiler (aile, arkadaşlar ve çevrenin varlığı ve gerek duyulduğunda erişilebilirlikleri), ekonomik düzey ve barınma olanağı (barınma yerinin ulaşım olanağı, alış veriş ve kamu hizmetlerine yakınlığı) dir (16, 20).

Bu etmenleri dikkate alabilmek için sağlık ocağı hekimi en azından, yaşlı nüfusta sağlıklı yaşamın özendirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, akut hastalıkların sağaltımı ve kronik hastalıkların yönetimi bilgisine sahip olmalıdır (21).

1.3.2. İşlevsel yetersizlik: Yaygın inanışın tersine, yaşlı insanların çoğu hasta ya da yetersiz değildir. Sağlık ocağı hekiminin bu konuda etkin olarak yapacağı iş, hastalık ve yetersizliğin erken tanısıdır (16). Sağlık ocağı hekiminin, yetersizliği önlemek için üç temel nedenine yönelik önleme ve erken tanı becerisini geliştirmesi gerekmektedir. Bunlar, kronik hastalıklar, akıl ve duyu zayıflığıdır (22). Sağlık ocağı hekimi, yetersizliğin erken tanısı için ise yaşlılığın günlük işlev değerlendirmesini şöyle gruplayarak yapabilir: El becerileri (ekmek kesme, kapı kilitleme), lokomotor işlevler (merdiven inip-çıkma, sokağa çıkma, dolmuş-otobüse binme), karışık işlevler (yıkabilme, soyunup-giyinme), tuvalete gitme, yardımcı araç kullanma (görme, işitme, çiğneme, yürüme için) (17).

1.3.3. Sağlık sorunları: Yaşlılarda öncelikle önlenmesi ve aranması gereken sağlık sorunları, düşme, osteoporoz, göz ve görme sorunları, işitme sorunları, akıl sağlığı sorunları, idrar ve dışkı inkontinensi ve iyatrojenik sağlık sorunlarıdır (16). Yaşlılarda, ölüm de tüm yaş gruplarına göre daha sık görülmektedir. Mide-barsak ve akciğer başta olmak üzere kanserler, beyin-damar hastalıkları ve inme ile iskemik kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kaza gibi dış kaynaklı nedenler, endüstrilemiş ülkelerde 65 yaş üzeri ölümlerin en sık görülen nedenleridir (23). Kazalara bağlı ölüm hızı, 65 yaş üzerinde toplam nüfusa göre 3 kat artmaktadır. 65 yaş üzerinde ölüme sonuçlanan 10 kazadan 6 sı genellikle evde olan düşmelerdir (18).

1.3.4. Hizmet kapsamı: Sağlık ocağı hizmeti, Alma-Ata Bildirgesi'ne uygun olarak toplumun tüm yaşlı bireylerini kapsmalıdır (4, 5). Sağlık ocağının görevleri, hastalık ve yetersizliğin birincil önlenmesi, yalnızlık ve soyutlanmanın önlenmesi, hastalık, psikiyatrik belirtiler ve yetersizliğin erken tanı ve sağaltımıdır (18). Yaşlı sağlığı hizmeti, birinci basamağın üst basamaklarla dikey eşgüdümlü çalışmasını belki de en çok gerektiren hizmettir. İst basamaklara sevk edilen yaşlıların sonraki izlemi, birinci basamak tarafından yapılacaktır (6). Sağlık ocağı hekiminin öncelikle dikkate alınması gereken yaşlılar, çok yaşlı olanlar, yalnız yaşayanlar. (hane halkı 1 kişi), huzur evinde yaşayanlar, soyutlanmış yaşlılar (tek ya da karı-koca), çocuksuz yaşlılar, kronik hastalığı olan ya da hareket kısıtlılığı olan kişi ya da çiftler, sosyal güvencesi olmayanlardır (17). Sağlık ocağı hekimi, hizmeti olumsuz etkileyen koşullarda başvuran yaşlıların kullandığı ilaçları, günlük yürüme süresini, görme ve işitmesini, aşı durumunu kaydetmeye de yaşlı nüfusa yararlı olabilir (16). En olumsuz durumda, ilaç reçetesi tekrarı için gelen yaşlılar, belirli hastalıklar için taranarak ve reçeteye ilgili hastalık izlenerek bir tür pasif sürveyans yaklaşımıyla kendilerine sağlıklı yaşam önerileri ve hastalık önleme, erken tanı ve sağaltım hizmetleri verilebilir (6).

Değerlendirme

1. Tanımlar: Değerlendirme (evaluation), belirlenmiş hedeflere ulaşma amacıyla uygulanan eylemlere değer biçmeye yönelik sistematik işlemlerdir. Değerlendirme (assessment), bir iş belirli bir biçimde yapılırken ne kadar başarılı olduğunu belirlemek için yapılan işlemlerdir.

İzleme (monitoring), belirlenen standartlardan sapmaların düzeltilmesi amacıyla erken belirlenmeleri için yapılan işlemlerdir.

Sürveyans, belirli bir sağlık sorununun kontrolü çalışmalarının etkisini değerlendirmek amacıyla bu sağlık sorununun sürekli tespiti çalışmalarıdır.

Denetim (Supervision), verilen hizmetin belirlenen standartlara uyumasını sağlamak amacıyla yapılan işlemlerdir.

Denetim (Audit), sistemli bir biçimde yapılmayan, sorunun biçimine göre çeşitli değerlendirme yöntemlerinin kullanıldığı, sorun çözme amaçlı eylemlerdir.

Nitelik, bir sonuç, nesne ya da işin mükemmellik ya da değerlilik derecesidir. Sağlık hizmeti niteliği, olanak ve bilginin sağlığı koruma ve geliştirmede doğru uygulanmasıdır.

Nitelik değerlendirme (Quality assessment), hizmet verenlerin tek tek ya da topluca uygulamaları üzerine yürütülen yargıdır. Nitelik değerlendirmenin amacı, hizmet etkililiğini artırmaktır (12, 24, 25, 26).

2. Başlıca nitelik değerlendirme araçları (25)

2.1. Yalnız yapıyı dikkate alan araçlar

2.2. Yalnız işlemleri dikkate alan araçlar

a. Uygulamanın doğrudan gözlenmesi.

b. Kayıt taramaya dayalı araçlar: Hizmetin olmazsa olmaz uygulamalarının varlığı-yokluğu, mobil aşı hizmetinin gerekliliğinin gösterilmesi, tespit edilmiş ölçütlere dayalı denetim (audit), ölçüt tespiti etmeden denetim (audit).

2.3. Yalnız sonucu dikkate alan araçlar: Verilen hizmete atfedilebilen sağlık düzeyi değişiklikleridir. Başvuranların sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış değişiklikleri de bu gruptadır.

a. Hastalık, ölüm, sakatlık, toplumun bir sorundan arındırılma süresi.

b. Bu göstergelerin daha ince biçimde kullanılması: Önlenebilir sağlık sorunları, hastalığın ilerlemesinin önlenebilirliği, hastanın son durumunun ilk tanısına göre değerlendirilmesi.

c. Sağlık sorunlarını nedenleriyle dikkate alan araçlar iki türlü geliştirilebilir: Beklenen sonuç önceden belirlenerek, beklenen sonucu belirlemeksizin.

2.4. Yapının hizmete etkisini ayırabilmek için işlem ve sonucu birlikte dikkate alan araçlar.**2.5. Strateji değerlendirme araçları****a. Kriter haritaları****b. Stratejinin modelizasyon ile ya da klinik deney ile test edilmesi****2.6. Hızlı değerlendirmenin temel özellikleri**

Hızlı değerlendirme, hizmeti veren sağlık personeli, eğitmen ve denetçiler, hizmet birimi yöneticisi ve orta düzey yöneticinin aktif katılımıyla planlanır ve uygulanır. Hızlı değerlendirme ile sağlanan veriden, hizmetin sayısı, niteliği, hizmet alanın tatmini ve olanak varsa sağlık düzeyi ile ilgili bilgi elde edilir. Hızlı değerlendirmenin sonuçları, saha çalışması bitiminden günler ya da haftalar sonra gibi kısa bir sürede karar vericilere ulaştırılır. Hızlı değerlendirme, yöneticinin karar alması, eğitim ve denetimden, hizmeti destekleme ve sağlığı geliştirme çalışmalarına kadar yeni eylemlerin hazırlanmasına yardımcı olmak için yapılır (9).

Değerlendirme Araçlarının Geçerliliği: Bilindiği gibi bir ölçüm aracının geçerli kabul edilmesi için belirli özelliklere sahip olması gerekir. Bu özellikler farklı biçimlerde sınıflandırılabilir (27) ise de, ölçümlerin niteliği çoklukla geçerlilik ve kesinlik ölçütlerine göre değerlendirilmektedir (18, 20). Burada, aşağıdaki sınıflandırma seçilmiştir (24):

1. Uygunluk: Uygun bir araç, ölçmesi gereken durumu ölçmelidir. Araç kullanılmak istendiği alana uygun olmalıdır.

2. Güvenilirlik-performans: Araç, gözlenen olguyu kesin biçimde farklı durumları ayırarak ve koşullar değişmedikçe aynı sonuçları verebilecek sadakat ve kesinlikle ölçmelidir. Aracın ayırma (duyarlılık ve özgüllük) özellikleri bu grupta incelenir.

3. Uygulanabilirlik: Aracın sağladığı bilgi işe yarar olmalı ve pratikte kullanılabilir olmalıdır. Bir aracın uygulanabilirliğinin temel bileşenleri, uygulayan ve uygulanan tarafından kabul edilebilirliği, ölçme süresi ve maliyetidir.

Risk Yaklaşımı: Değerlendirme araçları seçilirken, sağlık sorununun ortaya çıkmasında rol alan risk etmenleri, yatırımları, pekiştiren ve olanaklı kılan etmenler olmak üzere üç sınıfta incelenmelidir (28). Örnek: Yaşlı bir insanın düşmesi ile sonuçlanan bir kazaya görme kusuru kendisini yatırımları kılar, evde halı bulunması kaza riskini pekiştirir, evde yalnız bırakılması da düşmeyi olanaklı kılar. İlk etmen sağlık ocağında görme kusurunun tarama, tanı koyma ve düzeltilmesi ile, ikinci ve üçüncü etmenlerin bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi ile bertaraf edilebilir. Bu yaklaşım, değerlendirme sonunda varılan sonucun iyileştirilmesi için planlama yaparken yol gösterici olacaktır.

Önerilen Araçların Geçerlilik Tartışması

1. Yapı Değerlendirme Araçları: Yapı, hizmet sunumunda kullanılan her yoldur. Personelin sayısı ve niteliği, yönetilme biçimi, sağlık hizmeti biçimi, bina, araç-gereç, yapının elemanlarıdır. Yapı değerlendirme, iyi bir hizmetin verilebilmesi için yapının yeterliliğine karar verme, hizmetin verildiği koşulların hizmete olumlu ve olumsuz etkileri üzerine yargıda bulunmadır (25). Yapı değerlendirme orta düzey yöneticilere çekici gelebilir, çünkü aranan bilgi ya yazılı olarak bulunmaktadır ya da çabucak elde edilebilir (26). Yapı değerlendirme, geçerlilik ilkelerine göre gözden geçirilirse; güvenilir ve uygulanabilir bir biçimde yapı değerlendirilebilir: Bu amaçla geliştirilen araçlar her sağlık ocağında benzer biçimde kullanılabilir ve işe yarar veri toplanabilir. Bu araçlar kabul edilebilir, ucuz araçlardır. Ancak yapı değerlendirmenin hizmet değerlendirme amacına uygun olduğu söylenemez. Sağlık hizmeti yapısının tek başına dikkate alınmasıyla verilen hizmet hakkında ancak pek kaba bir önyargıya sahip olabiliriz. İyi yapı, iyi sağlık hizmeti için zorunludur ama yeterli değildir (26). Ayrıca yapı değerlendirme, ilk basamakta hizmet veren hekimce gerçekleştirilebile, böyle bir çabanın sonucunu alabileceğine kimse kendisini ikna edemez. Yapı değerlendirme, daha çok karar veren düzeylerde yararlı sonuçlar sağlayabilir, yatırım yapma olanağı varsa. Kanımca, yapı yetersizlikleri düzeltilemeyecekse ortaya çıkartılarak ocak hekimini umutsuzluğa itmenin gereği de yoktur. Sağlık ocağı ekibinin şanslı ya da hatırlı olanlarının oturduğu lojmanın durumu, yeterli bir örnektir.

2. İşlem Değerlendirme Araçları: Değerlendirme, hizmet verenlerin uygulamalarının yargılanması olarak kabul edilirse, bu tür değerlendirme için doğrudan bilgi sağlamanın zor olduğu kabul edilmelidir. Ancak, sağlık ocağında işlerin nasıl gittiği hakkında bu yaklaşım kadar geçerli bilgi sağlayan başka bir yöntem yoktur (9). Bu nedenle hizmet niteliği değerlendirmenin en yaygın yolu denetim (audit) lerdir (26). Denetim (Audit) uygulamalarının bir ucunda ileri uzmanlık gerektiren maliyeti yüksek ve uzun süren gözlemler; diğer ucunda hiç değilse temel uygulamaları gözlemeye dayalı daha düşük maliyetli gözlemler bulunmaktadır. Bir uça gözlem ölçütü olarak mesleki deneyimlerine dayanan bilgili deneyimli ve aşırı "motive" uzmanlar, diğer uça "çek-list" adı verilen "anket" formlarıyla geçerliliği şüpheli veri toplayan kiralık ve gönülsüz işgücü bulunmaktadır (25).

Bu zorluğu aşmak için iki farklı gözlem biçimi belirlenebilir: Birinci durumda gözlemcinin elinde, belirli bir sorunla gelen her olguya mutlaka uygulanması gereken işlemler listesi bulunur. Başvuru nedeni ne olursa olsun, 65 yaş üzerindeki herkesin kan basıncının ölçülmesi, açlık kan şekerinin ölçülmesi, aşılarının önerilmesi, EKG sinin çekilmesi, rektal muayene ve diğer işlemlerin yapılması gibi. İkinci durumda ise, bazı olgulara uygulanabilir, diğerlerine uygulanamaz işlemler söz konusudur. "Şeker ilacı" reçete tek-rarı için başvuran her hastaya belirli aralıklarla göz dibi muayenesi, tam idrar incelemesi, açlık kan şekeri tayini ve diğer gerekli muayenelerin yapılması gibi.

Uygulama değerlendirmede, o gün başvuran hastalara yapılan uygulamaların gözlenmesi yetersiz bilgi sağlar, gözlemin toplumu temsil edecek biçimde seçilmiş bir örneklik üzerinde yapılması da verinin kullanım değerini artırmak için pahalı bir çözüm olabilir (10). Hizmet ile yapı ve sonuç arasında ilişki kurulabilen durumlarda, dolaylı yolla işlem (Process) değerlendirmesine çalışılabilir (25). Uygulama değerlendirmenin diğer olumsuz yanları, gözlenirken hizmet verenin davranışının değişmesi, gözlem için çok zaman gereksinin duyulması ve maliyetin yüksek olmasıdır. Bu zorlukları aşmak için de kayıt inceleyerek işlem hakkında tahminde bulunulabilir (13, 9). Kayıtların yetersiz olması bu gözlemin yapılmasını engellemez, tam tersine kayıt niteliğiyle hizmet niteliği arasındaki ilişkiyi yararlanarak ikincisi hakkında daha doğru tahminler yapılabilir (25). O halde işlemin gözlenmesi, kayıt inceleme ile uygulama gözlenmesi birlikte dikkate alınarak yapılabilir.

3. Sonuç Değerlendirme Araçları: "Çıktı, sonuç, etki" gibi kavramlar birbirinden ayrılarak incelenmekle birlikte, burada genel olarak sonuçtan söz edilecektir. Tüm sağlık hizmetinin hedefi, iyi sonuçtur. Sonuç ölçümü, ancak iyi yapılsa yararlı bilgi sağlayabilir (29). İnsidans ve prevalans en sık kullandığımız sonuç göstergeleridir. Ancak verilen sağlık hizmeti, sosyal, biyolojik gibi pek çok etmenle karşılaştırıldığında, bu göstergeler üzerinde pek küçük bir etkiye sahiptir (25). Bu nedenle insidans ve prevalans, ölçmek istenilen durumu ölçmek için uygun araçlar olarak kabul edilemez. Bu araçların ikinci zayıf yanları, sağlık ocağı düzeyinde kullanıldıklarında payda küçük kaldığından ölçülemez hale gelmeleridir. Sağlık ocakları nüfusları hem nicelik hem niteliksel olarak önemli farklılıklar gösterebileceğinden, bu amaçla insidans ve prevalans güvenilir ve uygulanabilir araçlar değildir. Nüfusu 5.000 olan bir sağlık ocağıyla 50.000 olan bir sağlık ocağının mortalite hızları arasında benzer olduğu halde çok farklı görünebilir. Nüfusu yaşlı bir sağlık ocağının mortalite hızı, nüfusu genç bir sağlık ocağından yüksek olması beklenirken yine paydaların yetersizliğinden bu fark görülebilebilir.

Bu zorluğu yenmek için sonuç değerlendirme, genel sonuçlar ve hastalığa özgü sonuçlar olarak iki gruba ayrılabilir. Birinci grup, mortalite, morbidite ve diğer sağlık durumu göstergeleridir ve kullanılmaları için, uzun süre veri toplama ve istatistik işlemlere gereksinim vardır. Genel sonuç göstergeleri, aşırı biçimde zamana bağımlıdır ve belirli bir sağlık sorununun çözümü için bu ölçümlerden hiç bir biçimde yararlanılmaz. Ancak ayrıntılı bir araştırma için başlangıç olarak kullanılabilirler (26). Bu nedenlerle sonuç göstergelerinin rafine edilerek kullanılmaları önerilmiştir (25). İkinci grup sonuç göstergesi ya da hastalığa özgü ölçüm olarak adlandırılacak bu tür sonuç göstergeleri, tedavi edici hizmetle ilgili durumlar için uygundur (30), örneğin bu göstergeler kanser türlerine göre 5 yıllık yaşama şans tahminlerinde kullanılmaları bulunmuştur (26). Bu grup sonuç göstergeleri de, değerlendirme için yıllarca kayıt tutulmasını beklemeyi gerektirebilir, yani zamana bağımlıdır. Bu tür kayıtlar ülkemizde elde edilmesi olası değildir ve en önemlisi, hastanın tutumu gibi sonucu etkileyen pek çok etmen vardır. Sonucun tek başına izlenmesine en önemli itiraz ise, belirli bir sonuçtan ne işlem ne de yapı hakkında geçerli bir bilgi çıkartılmamasıdır (31). Bu nedenlerle, ne kadar rafine edilirse edilirse, hizmet değerlendirme amacıyla kullanılabilmek için sonuç göstergeleri, yalnız bir uyarıcı işaret olarak dikkate alınmalı ve diğer bir araçla desteklenmelidirler. Belirli bir işlemten alınması gereken sonucun önceden tespit edilmesi, bu sonuç alınmadığında "retrospektif" değerlendirme yapılması gibi (25).

Birinci basamak hizmetine en uygun olarak sonuç göstergeleri, "önlenebilir olumsuz sonuçlar"ın izlenmesi biçiminde daha ileri düzeyde rafine edilebilir (30, 32). Bu ölçüm, gereksiz hastalık, gereksiz özürlülük ve gereksiz ve zamansız ölümlerin sayılmasına dayanır. Gereksiz her olumsuz sağlık durumu "bekçi sağlık olayı" olarak adlandırılabilir. Bir bekçi sağlık sorununun görülmesi, uyarıcı bir işaret olarak algılanırsa, ölçüm doğrudan hizmet niteliğine yansiyabilir (32). Sağlık ocağı hekimi kendi bölgesinde bu tür bir göstergeler listesi düzenleyebilir. Her bekçi olayın ortaya çıkışı öyküsünü alarak önlenmesindeki yerine getirilmemiş sorumluluklar zincirini belirleyebilir.

Bekçi sonuç göstergeleri, geçerlilik ölçütlerine göre değerlendirildiğinde; ölçülmek istenen hizmette eksik kalan, yerine getirilmemiş sorumluluk, diğer etmenlerden ayrılarak belirlenebilir. Bekçi sağlık olayı, kaba sonuç göstergelerine göre çok daha güvenilirdir, ölçülmesi ve tanımlanması kolaydır (32), her sağlık ocağında ölçümün aynı biçimde yapılması, ileride planlanacak bir konsensusla sonradan sağlanabilir. Uygulanması kolaydır, maliyeti düşüktür ve yalnız kabul edilebilirliğini artırmak için hekimin özel katkısı gerekebilir de bu da olumlu bir "zayıf yan" olarak kabul edilebilir; hastanın ailesiyle ayrıntılı görüşme, sağlık ocağı ekibiyle "vaka tartışması" yapılması, toplumla sağlık ekibini, sağlık ekibiyle hekimi birbirine yakınlaştıracaktır.

Diğer bir sonuç göstergesi, hastanın tatminidir (33). Bu araç, sağlık ocağı hekimi tarafından kullanıldığında amacına uygun ölçüm yapılamayabilir. Hastalarla görüşme uzun zaman gerektirir ve hem hekimin hem hastanın tutumu yapılan ölçümü etkileyebilir. Bu yüzden bu aracın dolaylı biçimde kullanılması önerilebilir. Bu öneri, ileride 4.3.3'de tartışılacaktır.

4. İşlem ve Sonucu Birlikte Dikkate Alan Araçlar: Bu grupta, işlem ve sonucu kombine edilmiş biçimine göre iki tür araç ayırılabilir. Birincisi, "güzergah" olarak isimlendirilebilir ve seçilmiş sağlık sorunlarının, hastanın başvurusu ya da teşpitten "hizmetin sona erdiği" ana kadar ele alınışını incelemekten ibarettir. Bu sayede başından sonuna kadar belirli bir sağlık durumunun ele alınışında eksiklikler ve hatalar belirlenebilir (25).

Bu gruptaki ikinci araç, seçilmiş sağlık sorunlarının ele alınışında, hizmeti aşamalarına bölerek değerlendirme mantığına dayanmaktadır. Bu aşamalar, belirli bir sağlık sorununun o sorun için yüksek riskli gruplarda taranması, gerekli ek muayenelerin yapılması, gerekli laboratuvar incelemelerin yapılması, üst basamakların gerekçeli desteğinin alınması, sağaltımın planlanması, sağaltımın ve hastanın izlenmesi, hastanın eğitimi, sonuç alma biçiminde olabilir. Bu amaçla seçilen sağlık sorunları "izci" adını alır. İleri yaşta görülen sağlık sorunlarının her biri birer izci olabilir mi? Bir sağlık sorununun izci olabilmesi için aşağıdaki 6 ölçüte uyması gerekir (34):

- 1-izci sağlık sorunu, hizmet verenlerin girişimlerinden etkilenir özellikle olmalıdır.
- 2-izci sağlık sorunu, kolay tanı konabilir ve belirli bir "vaka tanımı"na sahip olmalıdır.
- 3-izci sağlık sorunu, küçük ölçekli çalışmalarda da yeterli sayıda bulunacak kadar prevalansı yüksek olmalıdır.
- 4-izci sağlık sorunu, sağlık ekibinin girişimlerine duyarlı olmalı, sıklık ve özellikleri kolay değiştirilebilir olmalıdır.
- 5-izci sağlık sorununa karşı, önleyici, tanı koyucu ya da sağaltıcı girişimlerden en az biri iyi biliniyor olmalıdır.
- 6-izci sağlık sorununun dağılımını etkileyen sağlık dışı nedenler iyi bilinmelidir.

Bu yaklaşım, hizmet değerlendirmeye uygun bir yaklaşım olabilir. İzci olarak seçilen sağlık durumu ve bu durumda verilen hizmet iyi seçilirse, sağlık ocağı hizmetinin genel durumu hakkında fikir verebilir (35). Yerinde değerlendirme ilkesine uygun olarak sağlık ocağı hekimleri kendi hizmet yörelerinin önemli sağlık durumlarını en güvenilir biçimde dikkate alabilir. Sağlık ocağına ulaşımın, kayıtlarının ve diğer dikkate alınabilecek özelliklerinin el verdiği bir yaklaşımı seçebilir. Uygulamada bu nedenle zorlukla karşılaşmaz. Bu yaklaşımın zayıf yanı, yukarıda tartışılan diğer bazı yöntemlerde olduğu gibi, her sağlık ocağının kendine göre ölçüm yapması, bunun sonucu olarak bilginin bölge ve il düzeyinde kullanılamamasıdır. Bu zayıflığa karşın böyle bir başlangıç özendirilmeli, sağlık ocağı hekimleri bölge ve ilin insiyatifyle zaman içinde ortak ölçüm araçları geliştirmeye doğru yönlendirilmelidir (29).

5. Hizmet Stratejileri: Yukarıdaki yöntemin zayıf yanını desteklemek üzere, üzerinde görüş birliğine varılmış stratejiler yaygın olarak uygulamaya konabilir. Bu tür standart uygulamalara hekimlik mesleğinden gelecek direnmeler de zaman içinde hizmet içi eğitimle özümlenebilir. Böylece, ölçümün yapıldığı soruna uygun, tüm hizmet verenlerce aynı biçimde uygulanabilen, kabul edilebilir, ucuz ve hızlı bir araç geliştirmek olasıdır.

İster bireysel olsun ister topluca, ister önleyici olsun ister sağaltıcı, sağlık sorunu çözme, karışık olarak durdukları bir havuzdan gerekli bileşenlerin seçilerek anlamlı ve işlevsel bir biçimde, zamana göre bir araya getirildiği bir planlı eylemdir. Eylem planı ve eylem biçimi, burada "strateji" olarak adlandırılmıştır. Klinik tercih ağaçları, risk, yarar ve maliyeti birlikte dikkate alan strateji değerlendirme amaçlıdır (25). Hipertansiyon kontrol akış şemaları (36) birinci basamakta kolayca izlenebilir ve yapılan işlemler birlikte sonuç kolayca değerlendirilebilir. Bu yaklaşımın önündeki en önemli sorun, stratejilerin saptanarak uygulamaya sunulmasındaki gecikme ve zorluklardır. Buna karşılık her sağlık ocağı hekimi, diğer yöntemlerde olduğu gibi, kendi hizmetinde bu tür planlamalar yapabilir.

Araç Seçimi

1. Sonuç Değerlendirme: Sonuç değerlendirmenin rafine edilmesi, bekçi sağlık sorunları seçilerek yapılabilir (32). Bu yöntem bir çeşit sürveyans olarak kabul edilebilir. Aslında bu araç, olumsuz sağlık ölçmek için kullanılabilir. Yani bu araçla, sağlık düzeyinden çok sağlıksızlık düzeyi ölçülmektedir. Verilen sürekli ve standart bir sağlık hizmetinin sonucunda görülmemesi gereken sağlık sorunları, her ülkenin kendi gelişmişlik düzeyine göre seçilebilir. ABD'de polio sekeli görülmesi, Almanya'da kızamığa bağlı çocuk ölümleri, Fransa'da tetanus... Kuzey için verilebilecek örneklerdir. Güney içinse pek çok sağlık sorunu çözülmekten uzaktır ve kimi yerlerde ölüm öylesine olağandır ki, ancak afet koşullarına uygun bir sağlık hizmeti verilmektedir. Bazı Güney ülkelerinde verilen sağlık hizmetinin değerlendirilmesi için afet koşullarında sağlık hizmeti değerlendirme araçları önerilebilir (37). Bu derin dengesizlik üzerinde durmaya çalışan dünyamızda ülkemiz için yaşlı sağlığını değerlendirme amacıyla bazı bekçi sağlık olayı örnekleri:

Avitaminoz ve diğer beslenme bozuklukları
Akut ve kronik ilaç zehirlenmeleri
Hipo ya da hiperglisemik diyabet koması
Hipertansif ensefalopati
Miyokard infarktüsü geçirmiş bir kimsenin ikinci miyokard infarktüsü hecesmesini geçirmesi
Serebrovasküler olay, inme
Femur boynu kırığı
Kansere ikinci basamakta tanı konması
Kronik akciğer hastalığına ikinci basamakta tanı konması
Ekstremitte amputasyonu
Sayılan durumlara bağlı ölüm

Bu bilgileri, muayene, reçete yazdırmak, sevk, ölüm raporu gibi nedenlerle hasta ve aileleri kendisine başvurduğu zaman ocak hekimi, kısa bir sorgulamayla elde edebilir. Bu bilgilerin elde edilme yeri ikinci basamak, il sağlık müdürlüğü de olabilir (33).

2. Sonuç ve İşlemi Birlikte Değerlendirme: Güzergah Yöntemi: Bu yöntemin temeli, örneğin belirli bir sağlık sorunu ile başvuran 65 yaş üzeri hastanın başvurusundan izlem randevusu verilmesine kadar yapılan işlemlerin izlenmesine dayanır. Bu izlemenin zor olabileceği kabul edilerek, tersten yapılması da önerilebilir: Her görülen önceden tespit edilmiş bekçi sağlık olayının "trajik yolu" geriyeye doğru öykü alınarak yazılabilir. Böylece birinci basamak hekimi, sağlık sorununun gelişimine, iyi bir öykü alabilirse ve şans yardım ederse başından sonuna değin bakma ve bu gelişimde kendi rolünün ağırlığını kestirme olanağına sahip olur.

Ülkemizde tüm ölümlere hekim tarafından ölüm raporu verilmektedir. Belediye tabibinin olmadığı yerlerde sağlık ocağı hekimi bu fırsattan yararlanarak; aksi durumda belediye tabibiyle iletişim kurarak sayılan hastalıklara ve diğer nedenlerle görülen tüm ölümlere sözel otopsi uygular. Bu amaçla hekimin soru soracağı kimse ölenin aile bireyleri, akrabaları, görüştüğü kişiler ve sağlık ocağının personeli olabilir.

Sorular aşağıdaki sınıflarda toplanacak bilgiyi elde etmek amacıyla belirlenir.

Ölüm nedeni (Temel-Ara-Son)
Sağlık sorunlarının süresi
Sağlık ocağında ne kadar sürede kaç kez bu nedenle görülmüş? Ne yapılmış?
Sağlık ocağında ne kadar sürede toplam kaç kez görülmüş? Nedenler?
İkinci basamak sağlık kuruluşuna bu nedenle başvurmuş mu?
Evetse, bu başvuru sevkli mi?
İkinci basamak sağlık kuruluşuna toplam başvuru sayısı
Son soru: Bu ölüm önlenebilir ya da geciktirilebilir miydi?

3. Sonuç ve İşlemi Birlikte Değerlendirme: İzci Yöntemi: Bu yöntemin esası, belirli bir sağlık durumunda verilen sağlık hizmetini aşamalarına bölerek değerlendirmeden ibarettir.

3.1. İlk aşama: Ne denli sık tanı koydum?

Sağlık sorunlarının prevalansları coğrafik değişimler göstermekle birlikte, bu amaçla seçilen sağlık sorunlarının ocak nüfusu içinde görülme sıklığı biliniyor olmalıdır. Her toplum içinde bulunması gereken belirli bir sağlık sorunu sayısı, eğer toplumun nüfus yapısını ve özel risk etmenlerini biliyorsak tahmin edilebilir. Sağlık ocağı hekimi, her yıl sonunda her hastalık için hasta sayısını ocak toplam nüfusuna bölerek beklenen hasta sayısı bildiği hasta sayısı arasındaki açıklığı görebilir. Antihipertansif, antidiyabetik, Ca antagonist gibi ilaçların başka yerde yazılmış reçetelerini tekrarlatmak için kendisine başvuran hasta sayısı da hekimin hizmet verdiği toplumda bu hastalıkları bulma becerisini gösterir.

3.2. İkinci aşama: Tanı koyduklarına neyi nasıl yaptım?

Bu sorunun yanıtını bulmak daha da kolaydır. Hekim, önce bu sağlık sorunlarının her birinde yapılması gereken uygulama ve girişimleri sıralayarak "minimum ölçütler" listesini oluşturur. Kendi kayıtlarını gözden geçirerek bu listeye karşılaştırır.

Örnekler:

50 yaş üzeri erkekte ortalama ne sıklıkla parmakla prostat muayenesi yapılmalıdır? (literatür)
Ben her 50 yaş üzeri erkeğe ne sıklıkla parmakla prostat muayenesi yapıyorum?
Bu muayeneyi yaparken hastaya uygun açıklama yapma, temiz eldiven kullanma, eldivenin uygun biçimde yok edilmesi gibi nitelik ölçütlerine ne ölçüde uyuyorum?
Diyabetlinin kan şekeri yılda ortalama kaç kez ölçülmelidir? (literatür)
Ben her diyabetlinin kan şekeri kaç kez ölçmüşüm ya da ölçülmesi için sevk etmişim?
Bunu yaparken hastadan kısa bir kişisel hijyen, yaşam biçimi, yeme alışkanlığı öyküsü alıyor muyum, tartıp kaydediyor muyum?
Hipertansif bir kimsenin tansiyonu yılda kaç kez ölçülmelidir? EKG si yılda kaç kez çekilmelidir? İdrarı yılda kaç kez incelenmelidir? Göz dibi ne sıklıkla değerlendirilmelidir? (literatür)
Bana başvuran kimselerden 40 yaş üzerinde olanların kaç tanesinin tansiyonunu ölçüyorum?
Yüksek tansiyonlu olarak bildiklerimin yılda kaç kez tansiyonunu ölçüyorum ve diğer uygulamaları yapıyorum?
Bunları yaparken hastanın tuzsuz diyetine uyumunu, kullandığı ilaçları ve yan etkilerini soruyor muyum?
49 yaşını dolduran kadınlarda izlemiden düşmeden önce görüşerek;
menopozla ilgili yakınlıklarını öğreniyor,

kendi kendine meme muayenesi öğretiyor.
vajinal kanama biçimlerinin önemini anlatıyor.
hormon yenileme sağıaltımından söz ediyor.
aile planlaması gereksinimini değerlendiriyor muyum?

3.3. Üçüncü aşama: Yaptıklarının sonunda hastalar ne durumda?

Bu aşamayı gerçekleştirmek biraz zor olabilir. Girişimlerin sonuçlarının ölçülmesi için doğrudan ve dolaylı iki yaklaşım denenebilir: Doğrudan yaklaşım: Hastaların her görülmesince eski muayeneye göre bulgular ve ölçümler karşılaştırılır. Tansiyonun düşmesi, göğüs ağrısı ile gelmiş hastanın miyokard infarktüsü geçirmiş olması, diyabetik hastanın ayağında üşer açılması gibi. Olumsuz gelişmeler de olabilir: Tam bir muayene yapma sayesinde köprücük kemiği üzerinde bulunan şişliğin 3. basamakta akciğer kanseri ERKEN tanısıyla sağıaltım programına alınmış olması gibi. Dolaylı yaklaşım: Hasta tatmin kriterleri dolaylı yaklaşım örneği olabilir: (Buna müşteri memnuniyeti denmez!). Hasta randevularına uyuyor mu, verilen ilaçları tam olarak kullanmış mı, önerilere uyuyor mu (33)? Kronik akciğer hastasının sigarayı bırakması, diyabetiğin zayıflaması, hipertansifin tuzsuz diyetle başlaması, kendi kendine meme muayenesi yapan kadın sayısının artması gibi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada, sağılık ocağı hekimlerinin yaşlı sağılığı hizmetlerini geliştirmek amacıyla, verdikleri hizmeti kendi kendilerine değerlendirebilmeleri için yöntemler sunulmuş ve geçerlilikleri tartışılmıştır. Kendi kendini değerlendirme yöntemlerine bu özelliklere uygun veri elde etmek ve veriyi elde edildiği yerde, birinci basamakta bilgiye dönüştürerek hizmet planlamasına yararlanmak olasıdır.

Kuzeyde yaşlılara verilen sağılık hizmetinin değerlendirilmesinin temel nedeni, hizmetin pahalı olması ve yaşlı kesimin sağılık hizmetini genel nüfus içindeki payına göre fazla kullanmasıdır. Bu nedenle yaşlılara verilen sağılık hizmetinin değerlendirilmesinde maliyet etkililik ön planda tutulmaktadır. Bu amaçla önerilen değerlendirme yaklaşımında, hizmet sunumu (hizmet kalite düzeyi, hizmet dağılımı, özel sorunlara yanıt verebilme derecesi, diğer hizmetlere entegre edilebilmesi), hizmetin verildiği toplum tarafından kullanılma derecesi, hizmetin etkisini toplum düzeyinde ölçme (istenen ve istenmeyen etkiler), istenen hedeflere ulaşmanın maliyeti olmak üzere 4 başlıkta toplanmaktadır (23). Bu tipik endüstrileşmiş ülke değerlendirme yaklaşımı, her şeyden önce hizmet veren değıli hizmet politikasını üreten ve yönetenler için uygundur. Bu çalışmada ise hizmet veren en uç birimin kendini değerlendirmesi için araçlar önerilmiştir. Yerinde ve hızlı değerlendirme için nitelik ölçme araçları önerilmiş ve tartışılmıştır.

Değerlendirme sözü, ister istemez maliyet kavramını çağrıştırmaktadır. İki hizmetten birine öncelik tanımda dikkate alınan değılişkenlerden biri de hizmetlerin maliyetleri olmaktadır. Bu, yeni bir kavram olmakla birlikte yeni bir durum değılidir. Oysa son on yıldır Dünya Bankası'na desteklenen kamu hizmetlerinin kendi maliyetini karşılama temeline göre düzenlenmesi çabaları sürdürülmektedir. Kamu hizmetlerinde maliyetin hizmet alanlardan çıkartılması için bu çabaların gösterdiğini eklemeye eibette gerek yok. Sağılık hizmetinin bir maliyeti olduğunu keşfetmek yeterli değılidir, sorun çözme becerisi bu maliyetin ödenme biçimine karar verebilemedir. Temel sağılık hizmeti satılmaz, toplumca paylaşılır. (38).

Dışarıdan yapılan uzman değerlendirmesine dayalı yönetim yaklaşımları Aima-Ata Bildirgesi'ne ters düşmektedir. Dışarıdan değerlendirme yaklaşımıyla personelin kendine güveni sağılanamaz, etkili bir yönetim yapılamaz. Dışarıdan değerlendirme hizmet verenlere mesleki sorumluluğunu anımsatır ama topluma karşı sorumluluğunu dikkate alamaz. Kendi kendine değerlendirme katılımcı yönetim biçimini tamamlayacak tek çözümdür (36). Ayrıca dışarıdan veri toplamanın hizmet verenler üzerinde olumsuz etki yarattığı, ilginin hizmete dönmelerinin geciktiği tespit edilmiştir (8).

Ülkemizde de sıkça yapılan "durum sapıama" çalışmaları da hızlı bir biçimde belirli hizmetler hakkında bilgi toplanmaktadır. Bu çalışmaların ortak zayıf yönü, gerekliliği ve geçerliliği tartışmalı çok sayıda bilgi sağılayan, işlenmesi uzun zaman alan ve yerinde yönelime yol gösterecek duruma geldiğinde çok geç kalınan çalışmalar olmalarıdır.

Hızlı değerlendirme ile çeşitli düzeylerde ölçümler yapılabilir: Kayıt tarama, hastalarla görüşme, hizmet verenleri izleme gibi. Hızlı değerlendirmece "dışardan" katılanların rolü, ölçümlerin istatistik yöntemlerle tamamlanmasıdır. Kendi kendine değerlendirme birinci basamakta yapıldığına göre, olabildiğince hesaba ve matematik uygulamalara dayalı girişimlerden kaçınılmalıdır (39).

Seçilen araçları çeşitli biçimlerde kombine ederek ölçümlerin geçerliliği artırılabilir. Sağılık ocağı hekimleri, araçların hepsini birlikte dikkate alarak; olmaması gerekenlerden başlayarak, tüm ölüm, hastalıklar ve sağılığı bozan durumların nedenini sorgulayarak, "Bu sonuç ya da durum kaçınılmaz mıydı?" sorusunu sorarak, bu sonuçta kendi rolünü değerlendirebilecektir. Sağılık ocağı yöneticisi, sonuç değerlendirme ile sonuçla işlemi birlikte değerlendirmeyi bir süreklilik içinde yapabilir, önemli sağılık durumları için geliştirdiği eylem planı (strateji) ile bu sürekliliği daha yöntemli biçimde izleyebilir.

Burada önerilen araçlar tam anlamıyla geliştirilmeden bırakılmıdır. Hızlı değerlendirme yapmak isteyen sağılık ocağı yöneticisi, yaocağı değerlendirilmeden özgün amaçlarını kendi saptayarak araçları amacına en uygun biçimde geliştirebilir. Her sağılık ocağının sorunları daha önce belirtildiği gibi kendisi tarafından sıralanacaktır. Ancak hepsinde ortak olması kaçınılmaz olan nokta, değerlendirilen hizmetin ilgilendirdiği sağılık durumunun bağı olduğu risk etmenlerinin özellikleridir. Bu risk etmenleri; kişiyi hastalığa yakınlaştıran, sağılık sorununun ortaya çıkmasını pekiştiren ve olanaklı kılan etmenler olmak üzere üç aşamada dikkate alınmalıdır. Her sağılık sorunu bu üçlü risk yaklaşımı ayrı yapılmalıdır. Ocak hekimi kimi sağılık sorununda kişiyi yakın kılan risk etmenlerine, kimisiince sorunu olanaklı kılan risk etmenlerine daha kolay müdahale edebileceğini görecektir. Kronik akciğer hastasına meslek değıştirme olanağı bulamasa da, sigara bırakma eğitimi verebilecek, hastasını gerekli fizik egzersizleri yapmaya özendirerek ve ilaçlarla yardımcı olabilecektir. Kanserlerin genetik ve çevresel risk etmenlerini kontrol etmesi olanaksız olduğuna göre, toplum eğitimi toplantılarında örneğin bol posalı diyet tüketmenin yararını anlatarak toplumla birlikte bölgenin koşullarına uygun sağılıklı beslenme biçimleri geliştirebilecektir. Koroner kalp hastasının yaşam koşullarını değıştirmese de, sigarasız yaşamaya, beslenme biçimine, egzersizlerine dikkat etmesini, eşini kaybeden yaşlıların örneğin toplum katılımı çalışmalarına katılmasını sağılayabilecektir.

Hizmet değerlendirme amacıyla il ve merkezi düzeyde veri kullanma aşaması henüz uzaktadır. Bu aşama, sağılık ocaklarında başlatılan girişimleri beklemelidir. Değerlendirme, sağılık ocaklarına bilgi ve ilgi uiaştırmanın bir yolu da olabilir.

KAYNAKLAR

1. (1997) Health For All For The Twenty First Century, The Health Policy for Europe WHO Regional Office For Europe Copenhagen
2. (1993) National Health Policy of Turkey Rep. of Turkey, MoH, HPGCU, Ankara
3. (1997) Country Health Report Rep. of Turkey, MoH., Dir. of External Relations
4. Eren N. (1982) Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de sağılık hizmetleri HÜ. Toplum Hekimliği Bölümü yayını No: 18, Ankara
5. Öztekin Z. (1992) Temel Sağılık Hizmetleri Hacettepe Halk sağılığı Vakfı; No: 92/2, Ankara
6. Biliker M.A. (1997) Kişisel görüşme TC Sağılık Bakanlığı; Ana Çocuk Sağılığı/Aile Planlaması Genel Müdür Yardımcısı, Ankara
7. Satia J.K., et al. (1994) Micro-level planning using rapid assessment for primary health care services Health policy and planning 9 (3):318-330

8. Kipp W., et al. (1994) Monitoring of primary health care services: an example from Western Uganda Health policy and planning 9 (2): 155-160
9. Anker M., et al. (1993) Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations Bulletin of the World Health Organization, 71 (1): 15-21
10. Brook R.H. (1977) Quality-Can we measure it? NEJM 296 (3): 170-172
11. Vuori H. (1994) The many faces of quality World Health 5: 10-11
12. Sherwin E. (1993) Principles of Evaluation World Health Organization, CTD/MAL/SGGS/WP/93.16
13. Saturno P.J. (1995) Towards evaluation of the quality of care in health centres World Health Forum 16: 145-150
14. Miller C.A. et al. (1994) A screening survey to assess local public health performance Public Health Reports 109 (5): 659-64
15. Osibogun A. et al. (1996) For better data, better utilized World Health Forum 17: 274-6
16. (1989) Health of the Elderly WHO Technical Report Series 779
17. Erdağ R. (1989) Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık HÜTF Halk Sağlığı AD Yayını, No 89/50, Ankara.
18. Skeet M. (1983) Protecting the health of the elderly WHO Regional Office For Europe Copenhagen
19. Waters W.E., Heikkinen, E., Dontas, A. S. (1989) Health, lifestyles and services for the elderly WHO Regional Office For Europe Copenhagen
20. Fillenbaum G.G. (1986) Troisième age et bien-etre OMS Geneve
21. Michel J.P. (1997) Primary care for the aged World Health, Active Aging, 4:12-13
22. (1982) Preventing Disability In The Elderly WHO Regional Office For Europe Copenhagen
23. (1984) Application de l'épidémiologie à l'étude du Vieillesment Serie De Rapports Techniques 706
24. Turaman C. (1997) Epidemiyoloji El Kitabı Somgür Yayınları, Ankara
25. Donabedian A. (1978) The quality of medical care Science, 200: 856-864
26. Karel S.G. (1993) An overview of quality in health services PNG Med. J. 36: 99-106
27. Pelletier L. (1990) Les indicateurs de la santé et la planification sanitaire Rev. Epidem. et Santé Publ., 38: 47-56
28. Chwalow J. (1991) Evaluation des programmes d'éducation pour la santé Rev. Epidem. et Santé Publ., 39: S83-S87
29. O'leary D.S. (1995) Performance measures. How are they developed, validated, and used? Medical Care 33 (1): JS13-7
30. Wray N.P., et al. (1995) Selecting disease-outcome pairs for monitoring the quality of hospital care Medical Care 33 (1): 75-89
31. Epstein A.M. (1990) The outcomes movement-Will it get us where we want to go? NEJM 323 (4): 266-70
32. Rutstein D.D. et al. (1976) Measuring the quality of medical care NEJM 294 (11): 582-88
33. Williams B. (1994) Patient satisfaction: A valid concept? Soc. Sci. Med.38 (4): 509-16
34. Kessner D.M., et al. (1973) Assessing health quality-The case for tracers NEJM 288 (4): 189-94
35. Kekki P. (1990) Use of a tracer activity for health centre evaluation World Health Forum, 11: 447-450
36. Bilir N. (1998) Birinci basamakta kronik hastalıklara yaklaşım Güvenli Annelik Sonrası-Yaşlı Sağlığı (içinde), Aile Sağlığı Programı, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Alman Teknik İşbirliği Kurumu (GTZ) Yayını, Ankara (Basıma hazırlanıyor)
37. Guha-Sapir D. (1991) Rapid assessment of health needs in mass emergencies: Review of current concept and methods Wld hlth statist. quart. 44: 171-180
38. Chase E., Carr-Hill, R. (1994) The dangers of managerial perversion: Quality assurance in primary health care Health Policy and Planning; 9 (3): 267-278
39. Anker M. (1991) Epidemiological and statistical methods for rapid health assessment: Introduction World Health Statistics Quarterly 44: 94-97

**İSTANBUL ÜMRANIYE'DE BİR İLKÖĞRETİM OKULUNUN BİRİNCİ SINIFLARINDA
YAPILAN PERİYODİK MUAYENELERİN HARCANAN ZAMAN ve ETKİNLİK YÖNÜNDEN İNCELENMESİ**

Dr. Meltem Bakırcı ÇAKIR, Prof. Dr. Şanda ÇALI
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırma İstanbul'un Ümraniye ilçesindeki okullardan biri olan Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda 1996-1997 öğretim yılında yapılmıştır. Okuldaki sekiz birinci sınıftan basit rastgele yöntemle seçilen dördüne devam eden 188 öğrencinin tüm fizik muayenesi, diğer dört sınıftaki 222 öğrencinin yalnız görme muayenesi yapılmıştır. "Harcanan zaman" bir öğrencinin muayenesi (tüm fizik ya da yalnız görme) için ortalama harcanan süre, "etkinlik" muayene sonunda uzmana sevk edilen öğrencilere başvurdukları uzman tarafından tedavi verilme oranı olarak tanımlanmıştır. Bir öğrenci için ortalama 4 dakika süren görme muayenesinin en düşük etkinliğinin %38.9 olduğu, ortalama 25 dakika süren fizik muayenenin etkinliğinin ise %24.5 olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Fizik muayene yapılan grupta öğrenciler en çok (%41.8) diş hekimine sevk edilmiştir ($p<0.001$). Sonuç olarak, birinci sınıfta en kısa sürede yapılan, en etkin muayenenin görme muayenesi olduğu okula başlayan çocukların görme muayenesinin rutin olarak yapılması ve okullarda diş sağlığını koruyucu programların planlanması gerektiği düşünülmüştür.

SUMMARY

This study was conducted in Zübeyde Hanım Elementary School of Ümraniye in 1996-1997 school year. Four out of eight first grade classes were chosen randomly and 188 school children attending these were evaluated by complete physical examination. 222 school children attending the other classes were evaluated by visual examination only. "Time spent" was defined as average time spent for one examination (complete physical or visual only), "effectiveness" was defined as ratio of medical treatment given to children referred to a specialist. Although one visual examination lasted an average of 4 minutes, its minimum effectiveness is %38.9; one complete physical examination lasted an average of 25 minutes and its effectiveness is %24.5 ($p>0.05$). In the physical examination group, students were more often (%41.8) referred to a dentist ($p<0.001$). Therefore we conclude that first grade elementary school children should, as a routine, be evaluated by visual examination and oral health issues should also be taken as priority.

Key Words: school child, periodic examination, effectiveness.

Giriş ve Amaç: Okul dönemi, çocuğun fiziksel olduğu kadar ruhsal açıdan da en hızlı ve en karmaşık büyüme ve gelişme dönemi olduğundan okul çağındaki çocukların sağlığı çok eski dönemlerden beri dikkatli çekmiştir (1, 2). İlk kez yirminci yüzyılın başlarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde, devlet okullarında tıbbi muayene zorunluluğu getirilmiş ve 1906'da okul çocuklarının yılda bir kez muayene edilmesi ile ilgili bir yasa yürürlüğe girmiştir (2). Türkiye'de 1936'da yayımlanan 3017 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi ve Memurlar Yasası ile okul sağlığı devletin yükümlülüğü olarak tanımlanmıştır. 1983'te 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin yayımlanması ile 3017 sayılı yasa ve bu yasaya ek yasaların yeni kanun hükmündeki kararnameye aykırı hükümleri yürürlükten kaldırılmış ve yeni kararnamede okul sağlığı ile ilgili açık bir hüküm yer almamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve çeşitli ülkelerin okul sağlığı komiteleri, okul sağlığı konusunda değişik yıllarda toplantılar yapmış ve okul sağlığının önemi, üzerinde durulması gereken noktalar, etkinliklerin planlanması, uygulanması, uygulama sıklığı ve kimlerin bu çalışmalardan yararlanması gerektiği gibi konularda raporlar yayımlamıştır (2). Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, ve Almanya'da okul sağlığı hizmetleri vardır ve bu ülkelerde okula giren çocuklar rutin muayeneden geçirilmektedir (3, 4).

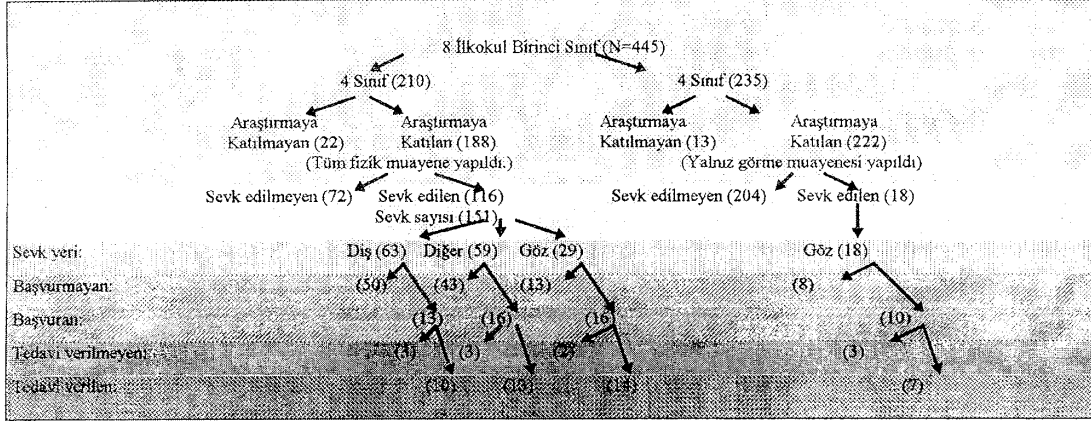
Türkiye'de çağdaş anlamda bir okul sağlığı hizmeti yoktur. Bazı özel okullarda doktor ve hemşire görev yapmaktadır; fakat bunlar daha çok tedavi edici hizmete yönelik çalışmakta, sağlık eğitimi veya koruyucu hizmetlerle ilgilenmemektedir. Millî Eğitim Bakanlığı'na ait Sağlık Eğitim Merkezlerinde de öncelikle öğretmenlere yönelik tedavi edici hizmet sunulmaktadır. Millî Eğitim Bakanlığı'nın bazen Sağlık Bakanlığı kuruluşları, bazen de başka kamu kuruluşları aracılığı ile yürüttüğü okul taramalarının etkinliğinin ise, bu güne dek ölçülmemiş olmakla beraber, çok düşük olduğu izlenimi edinmiştir. Esasen, 5 Ocak 1961'de yayımlanmış olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın 154 sayılı yönergesine göre okul sağlığı hizmetleri sağlık ocağı hekiminin sorumluluğundadır; ancak, yönergede bu hizmetin uygulanma şekline yönelik açık bir hüküm yer almamıştır; ayrıca yasanın diğer hükümlerinin de ne derece uygulandığı tartışılabilir.

Bilindiği gibi ülkemizde herkesin sağlık güvencesi yoktur ve güvencesi olsun olmasın kişiler sağlık kuruluşlarına genellikle hasta olucularında başvurmaktadır. Halkın koruyucu hizmet talebi ancak sağlık ocaklarında parasız verilen bağışıklama ve aile planlaması hizmetlerinedir. Ne yazık ki, çocuktaki görme kusuru, psikolojik bozukluklar, işitme kaybı, inmemiş testis, içe basma, diş çürüğü, otitis, akut olmayan allerji veya burun tıkanıklığı gibi problemler aileler tarafından ya farkedilememekte, ya önemsenmemekte, ya da parasızlıktan ihmal edilmektedir. Okula başlarken yapılacak olan rutin muayenenin amacı, mental gelişme geriliği olan çocukların özel okullara alınmasını sağlamak, çocuğun varsa görme-ışitme kusurlarının saptanmasını ve giderilmesini sağlayarak bunların sebep olabileceği öğrenim güçlüğüünü engellemek, okulda bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek, o güne kadar saptanmamış kronik hastalıkların geç de olsa saptanmasını ve tedavisini sağlamaktır (2). Bu muayenenin amacı reçete vermek değildir. Ülkemiz koşullarında, aileler tarafından tedavinin ihmal edilmesinin veya umursamazlığın sebebi parasızlık ise, saptanan patolojilerin düzeltilmesine yönelik tedbirler alınamayabilir; bu durumda, okula başlarken yapılan rutin muayenenin çocuk için ne derece yararlı olacağı ve bu sorunun çözümü ayrıca üzerinde durulması gereken bir konudur.

Bu çalışmanın yakın amacı, okul çocuklarında yapılan çeşitli periyodik muayeneler için harcanan süreyi saptamak ve bu muayenelerin etkinliğini belirlemek, muayene edilen çocukların sağlık düzeyini yükseltmektir. Çalışmanın ileriye yönelik amacı da Ümraniye Bölgesinde okul sağlığı hizmetlerinin planlanmasına ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda 1996-1997 öğretim yılında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı okulda sekiz tane birinci sınıf vardır. Basit rastgele yöntemle seçilen dört sınıftaki 210 öğrencinin %89.5'ine (188) fizik muayene yapılmıştır; diğer dört sınıftaki 235 öğrencinin ise %94.5'ine (222) yalnız görme muayenesi yapılmıştır. Araştırmaya katılma açısından gruplar arasında fark yoktur ($\chi^2=3.74$, $p>0.05$). Araştırmaya katılımın akışı Şekil 1'de sunulmuştur.

Şekil 1: Araştırmaya Katılımın Akışı (Ümraniye 1996-1997).



Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan gruptaki 188 öğrencinin muayenesi okulda, 20 Kasım 1996-16 Nisan 1997 arasında, 16 günde saat 12⁰⁰-17⁰⁰ arasında tamamlanmıştır. Okulda yapılan fizik muayenelerde, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda staj yapan son sınıf öğrencileri üç-dört kişilik gruplar halinde anketör olarak görevlendirilmiştir. Fizik muayene öncesinde anketörler muayenenin yapılması ve formun doldurulması konusunda eğitilmiş, tüm muayenelerin sonuçları araştırmacının sorumlusu hekim tarafından kontrol edilmiştir.

Araştırmaya katılan ve yalnız görme muayenesi yapılan gruptaki 222 öğrencinin muayenesi araştırmacının sorumlusu hekim tarafından, okulda, 7, 8, 21, 22 Mayıs 1997'de, 4 günde saat 12⁰⁰-17⁰⁰ arasında yapılmıştır.

Fizik muayene yapılan öğrencilerin her birinin muayene bulguları ve sonucu, TC Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'nın sağlık eğitim merkezleri için hazırladığı "Okul Sağlığı Öğrenci Muayene Formu"ndan yararlanılarak düzenlenen forma yazılmıştır. Öğrencide saptanan bulgulara göre gerekli öneriler anlatılmış, el yıkama, diş fırçalama konularında birbir eğitim yapılmıştır. Her iki grupta da yapılan görme muayenesinde Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi'nden temin edilen ve okul görme taramalarında kullanılan Snellen E eşeli kullanılmıştır; muayene sonunda herhangi bir uzmana sevk edilen öğrencilere sevk nedeninin ve başvurusu gereken uzman/yerin yazılı olduğu bir kağıt verilmiş, ayrıca her öğrencinin durumu sınıf öğretmene sözlü ve yazılı olarak bildirilmiştir.

Fizik muayene yapılan grupta muayeneler tamamlandıktan en erken bir ay, en geç beş ay sonra, görme muayenesi yapılan grupta ise muayeneler tamamlandıktan iki hafta sonra sınıflar ziyaret edilmiş; sevk edilen çocuklarla tek tek görüşülerek sevk edildikleri yere başvurup başvurmadıkları öğrenilmiştir. Dış hekimine sevk edilenlerin dişleri, Verem Savaş Dispanseri'ne sevk edilenlerin BCG skarları ve göz hastalıkları uzmanına sevk edilenlerin gözlük takıp takmadıkları kontrol edilmiş; sevklerle ilgili diğer bilgiler öğretmene ve öğrenciye sorularak toplanmıştır.

Her iki grupta da araştırmaya katılan öğrencilerden muayene sonunda en az bir uzmana sevk edilenlere başvurdukları uzman tarafından tedavi verilme oranı "etkinlik", bir öğrencinin fizik muayenesi ya da görme muayenesi için geçen süre "harcanan zaman" olarak tanımlanmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan gruptaki 188 öğrencinin her birinin fizik muayenesi ortalama 25'er dakika, araştırmaya katılan ve yalnız görme muayenesi yapılan gruptaki 222 öğrencinin her birinin görme muayenesi ise ortalama 4'er dakika sürmüştür.

Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan gruptaki 188 öğrencinin %61.7'si (116 öğrenci) en az bir uzman doktora sevk edilmiştir ve toplam 151 sevk yapılmıştır. Muayene sırasında 153 çocukta (%81.4) en az bir diş çürüğü saptanmıştır. Fakat, sadece kalıcı diş çürüğü ve/veya ağrılı süt dişi çürüğü olanlar ve/veya maloklüzyon saptananlar diş hekimine sevk edilmiştir. Yüksek tansiyon, kalpte üfürüm, multipl lenfadenopati, akciğer oskültasyonunda ek ses saptanan çocuklar, bu bulguların yanında inmemiş testis, içe basma gibi bulguları olsa da sadece çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk edilmişlerdir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk edilmesini gerektiren başka bir sistemik bulgusu olmayan fakat inmemiş testis saptananlar üroloji uzmanına, içe basma ya da düz tabanlık şüphesi olanlar ortopedi ve travmatoloji uzmanına sevk edilmişlerdir. İşitme azlığı, kronik otit, çift taraflı buşon veya kulağında diğer sorunlar saptanan çocuklar kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanına sevk edilmişlerdir. Vücutta yaygın atipik deri lezyonu saptanan bir çocuk cilt hastalıkları uzmanına sevk edilmiştir. Göz hastalıkları uzmanına ilk kez görme kusu-ru, strabismus veya nistagmus saptananlar ve gözlük taktığı halde göremeyenler sevk edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden fizik muayene yapılan grupta bulunan ve muayene sonunda sevk edilenlerin sevklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerden Fizik Muayene Yapılan Grupta Bulunan ve Sevk Edilenlerin Sevklerine Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Sevkler	Sayı	%
Diş Hekimi	63	41.8
Göz Hastalıkları Uzmanı	29	19.2
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	21	13.9
Verem Savaş Dispanseri	15	9.9
Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı	15	9.9
Diğer*	8	5.3
Toplam	151**	100.0

$\chi^2 = 78.06$, $sd = 5$, $p < 0.001$ (farkı yaratan diş hekimliğine yapılan sevklerdir.)

$\chi^2 = 14.05$, $sd = 4$, $p < 0.01$ (farkı yaratan göz hastalıkları uzmanına yapılan sevklerdir.)

*Diğer: Kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanına "5", üroloji uzmanına "2" ve cilt hastalıkları uzmanına "1" sevk yapılır.

**116 öğrenci 151 uzmana sevk edilmiştir.

Tablo 1'de fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrencilerin en fazla (%41.8) diş hekimine sevk edildiği görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Öğrenciler ikinci sıklıkta (%19.2) göz hastalıkları uzmanına sevk edilmişlerdir ve bu sevkler diş hekimisi dışındakilerle yapılan sevklerden anlamlı olarak fazladır ($p < 0.01$). Öğrencilerin, sevk edildikleri diş hekimisi ve göz doktoru dışındaki uzmanlara göre dağılımında fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 5.75$, $sd = 3$, $p > 0.05$). Diş çürüğü ve görme kusurlarının okul sağlık taramasında en sık saptanan patolojiler olduğu çeşitli yayınlarda belirtilmiştir (7, 8).

Ankara'da göz doktorlarının yaptığı bir çalışmada okul çocuklarının %11'inde, Baltimore'da Snellen E eşeli ile yapılan görme taramasında ise öğrencilerin %8.2'sinde refraksiyon kusuru saptandığı bildirilmiştir (5, 6). Bu çalışmada, araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan gruptaki öğrencilerin %14.4'ünde (27/188) refraksiyon kusuru saptanmıştır; bunlardan sadece 1'i gözlük taktığı ve görebildiği için sevk edilmemiştir. Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrencilerden göz hastalıkları uzmanına sevk edilen 29 öğrencinin 24'ü refraksiyon kusuru, 2'si refraksiyon kusuru ve strabismus, 2'si yalnız strabismus, 1'i nistagmus ve blefarit nedeniyle sevk edilmiştir. Araştırmaya katılan ve yalnız görme muayenesi yapılan gruptaki öğrencilerin ise %12.2'sinde (27/222) refraksiyon kusuru saptanmıştır; bunlardan 9'u gözlük taktığı ve görebildiği için sevk edilmemiş, diğer 18 öğrenci refraksiyon kusuru nedeniyle göz hastalıkları uzmanına sevk edilmiştir.

Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrencilerden muayene sonunda sevk edilenlerin sevkini yaptırdığı uzmana/yere başvurma durumuna göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılan ve Fizik Muayene Yapılan Grupta Bulunan Öğrencilerden Muayene Sonunda Sevk Edilenlerin Sevkini Yaptığı Uzmana/Yere Başvurma Durumuna Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Sevkini Yaptığı Uzman/Yer	Başvuran (%)	Başvurmayan (%)	Toplam (%)
Diş Hekimi	13 (20.6)	50 (79.4)	63 (100.0)
Göz Hastalıkları Uzmanı	16 (55.2)	13 (44.8)	29 (100.0)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	5 (23.8)	16 (76.2)	21 (100.0)
Verem Savaş Dispanseri	6 (40.0)	9 (60.0)	15 (100.0)
Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
Diğer*	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (100.0)
Toplam	45 (29.8)	106 (70.2)	151** (100.0)

$\chi^2 = 14.73$, $sd = 5$, $p < 0.02$ (farkı yaratan göz hastalıkları uzmanına yapılan sevklerdir)

*Diğer: Kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanına "başvuran 3" ve "başvurmayan 2" öğrenci, üroloji uzmanına veya cilt hastalıkları uzmanına sevk edildiği halde "başvurmayan 3" öğrenci vardır.

**116 öğrenciye 151 sevk verilmiştir.

Tablo 2'de fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrenciler arasında sevk edildiği uzmana/yere en fazla oranda (%55.2) başvuranların göz hastalıkları uzmanına sevk edilenler olduğu görülmektedir ($p < 0.02$). Göz hastalıkları dışındaki uzmanlara sevk edilenler arasında başvuru sıklığı açısından fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 4.26$, $sd = 4$, $p > 0.05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerden fizik muayene yapılan grupta bulunan ve çeşitli dallardan 151 uzmana sevk edilen öğrencilerden sevk edildiği uzmana başvuranların %82.2'sine (37/45) başvurduğu uzman tarafından gerekli tedavinin verildiği öğrenilmiştir. Bu durumda her bir öğrenci için yaklaşık 25 dakika süren fizik muayenesinin etkinliği %24.5 (37/151)'dir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan öğrencilerden fizik muayene yapılan grupta bulunanların en çok (%41.8) diş hekimine sevk edildiği; Tablo 2'de ise diş hekimine sevk edilenlerin sadece %20.6'sının (13/63) diş hekimine başvurduğu görülmektedir. Diş hekimine başvuranların %76.9'una (10/13) diş hekimisi tarafından çekim, dolgu ya da ilaç tedavisi verildiği öğrenilmiştir. Bu durumda okulda yapılan diş muayenesinin etkinliği %15.9 (10/63) dur.

Diş muayenesinin etkinliğinin düşük bulunmasının sebebi ailelerin bu yaşlarda çürük süt dişlerinin nasil olsa değişip yerine yeni dişlerin çıkacağını düşünmeleri olabilir. Ancak, kalıcı dişlerin sağlıklı olabilmesi için diş bakımının okul öncesi dönemde başlaması ve 4-14 yaş çocuklar için okullarda florlu ağız çalkalama programlarının yapılması önerilmektedir (4, 9). Ayrıca, doktora ya da hastaneye başvuru sıklığı gelir düzeyleri arasında genellikle çok az fark gösterdiği halde, düşük gelirli öğrencilerin diş bakımı hizmetlerini çok daha az kullandıkları bilinmektedir (10). Bu çalışmada, sosyoekonomik faktörler incelenmemiş olmakla birlikte araştırmanın yapıldığı okulun sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin yaşadığı bir yerleşim yerinde olması da diş muayenesinin etkinliğinin düşük bulunmasının sebeplerinden biri olabilir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan ve Fizik Muayene Yapılan Grupta Bulunan Öğrencilerin Sevklerine ve Etkinliğe Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Öğrencilerin Sevk Edildiği Uzman/Yer	Uzman Tarafından Tedavi Verilen Öğrenci Sayısı	Sevk Edilen Öğrenci Sayısı	Etkinlik (%)
Diş Hekimi	10	63	15.9
Göz Hastalıkları Uzmanı	14	29	48.3
Diğer*	13	59	22.0
Toplam	37	151**	24.5

$\chi^2= 11.59, sd= 2, p< 0.01$ (farkı yaratan göz hastalıkları uzmanına yapılan sevklerdir).

*Diğer: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, verem savaşı dispanseri, ortopedi-travmatoloji uzmanı, kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanı, üroloji uzmanı ve cilt hastalıkları uzmanına yapılan sevklerdir.

**116 öğrenci 151 uzmana sevk edilmiştir.

Not: İstatistik analiz uzmana başvurmayan veya uzman tarafından tedavi verilmeyen öğrenci sayısını gösteren sütun eklenerek yapılmıştır.

Tablo 3'te araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrencilere muayene sonunda yapılan sevk sayısına oranla en çok göz hastalıkları uzmanı tarafından tedavi verildiği yani göz muayenesinin etkinliğinin (%48.3) (14/29) en yüksek olduğu görülmektedir ($p>0.01$). Diş hekimi ve diğerleri arasında etkinlik açısından fark yoktur ($\chi^2=0.76, sd=1, p(0.05)$).

Araştırmaya katılan ve yalnız görme muayenesi yapılan grupta bulunan 222 öğrencinin 18'i (%8.1) göz hastalıkları uzmanına sevk edilmiştir; bunlardan 10'unun (%55.6) başvurduğu ve başvuran 10 öğrencinin 7'sine (%70) tedavi verildiği öğrenilmiştir. Bu durumda, her bir öğrenci için yaklaşık 4 dakika süren ve fizik muayeneden ayrı olarak yapılan yalnız görme muayenesinin etkinliği %38.9 (7/18)'dir. Okul sağlığı programı kapsamında Snellen E eşeli kullanılarak yapılan benzer bir çalışmada görme muayenesinin etkinliğinin en az %38 olduğu bildirilmiştir (11).

Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan 188 öğrenciden 29 (%15.4) unun göz hastalıkları uzmanına sevk edilmesine karşın yalnız göz muayenesi yapılan grupta bulunan 222 öğrenciden 18'i (%8.1) sevk edilmiştir ve aradaki fark anlamlıdır ($\chi^2=5.37, p<0.05$). Bu fark her iki grupta bulunan öğrenciler arasında göz hastalıkları uzmanına sevk edilmesi gereken göz bozukluğu bulunma oranının farklı olmasından kaynaklanmamıştır; çünkü fizik muayene yapılan grupta 1 öğrenci, sadece görme muayenesi yapılan grupta 9 öğrenci zaten gözlük taktığı ve gördüğü için sevk edilmemiştir. Gözlüğü takılı iken görebilen bu öğrenciler muayene sonunda sevk edilenlere eklendiğinde, gruplar arasında öğrencilerde göz bozukluğu saptanma sıklığı açısından fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.22, p>0.05$).

Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan ve göz hastalıkları uzmanına sevk edilen 29 öğrenciden 16'sı (%55.2) başvurmuş ve bunların 14'üne (%87.5) tedavi verilmiştir, yalnız görme muayenesi yapılan grupta ise göz hastalıkları uzmanına sevk edilen 18 öğrenciden 10'u (%55.6) başvurmuş, bunların 7'sine (%70.0) tedavi verilmiştir; her iki grupta göz hastalıkları uzmanına başvurma oranı farksız ($\chi^2=0.001, p>0.05$) olduğu gibi başvurulara uzman tarafından reçete verilme oranı da farksızdır (Fisher $p=0.2738$). Sevklerle ilgili bilgilerin fizik muayeneden en erken bir ay sonra, yalnız görme muayenesinden ise sadece iki hafta sonra toplanmış olmasına rağmen, her iki muayene grubunda yapılan görme muayenesinin etkinliğinin iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ile farksız olduğu görülmüştür. ($t=0.63, sd=45, p>0.05$).

Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrencilerin her biri için ortalama 25 dakika süren fizik muayenenin etkinliği (%24.5) ile yalnız görme muayenesi yapılan grupta bulunan öğrencilerin her biri için ortalama 4 dakika süren görme muayenesinin etkinliği (%38.9) de iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ile farksız bulunmuştur ($t=1.29, sd=167, p>0.05$). Araştırmaya katılan öğrencilerde görme dışındaki fizik muayene ile yalnız görme muayenesinin etkinlikleri Tablo 4'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerde Görme Dışındaki Fizik Muayene ile Yalnız Görme Muayenesinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması (Ümraniye, 1996-1997).

Araştırma Grupları	Uzman Tarafından Tedavi Verilen Öğrenci Sayısı	Sevk Edilen Öğrenci Sayısı	Etkinlik (%)
Fizik Muayene Yapılanlar*	23	145	18.9
Yalnız Görme Muayenesi Yapılanlar	7	18	48.3

$t=1.93, sd= 138, p> 0.05$

*Göz hastalıkları uzmanına yapılan sevkler hariç

Not: İstatistik analiz uzmana başvurmayan veya uzman tarafında tedavi verilmeyen öğrenci sayısını gösteren sütun eklenerek yapılmıştır.

Fizik muayene yapılan grupta göz hastalıkları uzmanına yapılan sevkler çıkarılarak etkinlikler incelendiğinde fizik muayenenin etkinliği %18.9 ve sadece göz muayenesinin etkinliği %38.9'dur; fakat bu etkinlikler arasında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4, $p(0.05)$). Görme muayenesi çıkarıldığında 21 dakika süren fizik muayene ile sadece 4 dakika süren yalnız görme muayenesinin etkinliklerinin farksız bulunması görme muayenesinin harcanan zaman göz önünde alındığında daha verimli olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrenciler en fazla oranda (%41.7) diş hekime sevk edilmiş (Tablo 1. $p<0.001$), bunların sadece %20.6'sının diş hekimine başvurduğu öğrenilmiştir (Tablo 2). Sevkler ikinci sıklıkta (%19.2) göz hastalıkları uzmanına yapılmıştır (Tablo 1, $p<0.01$) ve sevk edilen öğrencilerin %55.2'sinin başvurduğu öğrenilmiştir (Tablo 2). Göz hastalıkları uzmanına başvurma oranı diğer branşlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2, $p<0.02$). Öğrenciler en çok diş hekimine sevk edildiği halde (Tablo 1) veliler çocuklarını en çok göz hastalıkları uzmanına götürmüşlerdir (Tablo 2). Bu durum velilerin çocuklarındaki göz bozukluğunu dış çürüğünden daha fazla önemsediklerini göstermektedir. Okul çocuklarının ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi koruyucu önlemlere yönelik programlara ağırlık verilerek ve okul öncesi dönemden başlatılarak sağlanmalıdır.

Araştırmaya katılan ve fizik muayene yapılan grupta bulunan öğrencilerin her biri için ortalama 25'er dakika süren fizik muayenenin etkinliği (%24.5) ile yalnız görme muayenesi yapılan grupta bulunan öğrencilerin her biri için ortalama 4'er dakika süren görme muayenesinin etkinliği (%38.9) nin farksız bulunması ($p>0.05$); ve fizik muayene yapılan grupta görme muayenesinin etkinliğinin (%48.3) diş ve diğer muayenelerin etkinliklerinden daha yüksek olduğunun görülmesi (Tablo 3, $p<0.01$) birinci sınıfta en kısa sürede yapılan ve en etkin muayenenin görme muayenesi olduğunu ve okula girişte görme muayenesinin mutlaka yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Çocukların ilkökula başlarken eğitilmiş hemşireler tarafından görme muayenelerinin yapılması, ilkököl öğretmenlerine görme muayenesinin öğretilmesi ve öğretmenlerin sınıflarında iki yılda bir görme muayenesi yapmaları, okul çocuklarında görme kusurlarının erken tanısı ve tedavisinin sağlanması ve öğrencilerin büyük bir kısmında öğrenme güçlüğüne yol açabilecek çözümlü mümkün olan bir sorunun ortadan kaldırılması açısından yararlıdır (1-4, 12).

Bu araştırmadan da anlaşılabilirceği üzere Milli Eğitim Bakanlığının yaptırdığı okul taramalarının etkinliği çok düşüktür. Bugüne dek yapılmakta olan okul muayeneleri toplam kaliteyi oluşturan programla ilgili, hizmetle ilgili ve beklenen etkilerle ilgili öğelerin tümü yönünden incelendiği takdirde kalite açısından daha da düşük bir noktada yer alacaktır (13). Taramalar yerine Bakanlığın bu konuya yukarıdaki öneriler ve toplam kaliteyi oluşturan tüm öğeler doğrultusunda yaklaşması daha yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Grant M. Maternal and Child Health. Handbook of Community Health. 2'nd Ed. Philadelphia: Lea (Febiger. 1975: 126-9.
2. Pekcan H. Okul Sağlığı. İçinde: Bertan M., Güler Ç., editörler. Halk Sağlığı: Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi, 1995: 210-24.
3. Silver G.A. Child Health: America's Future. Germantown, Maryland: An Aspen Publication, 1978: 246-7.
4. Davies M. Community Health, Preventive Medicine and Social Services. 5'th Ed. London: Bailliere's Concise Medical Text-books 1983: 105-126.
5. Turacli M., Aktan S.G., Duruk K. Ophthalmic screening of school children in Ankara. Eur J Ophthalmol 1995; 5 (3): 181-6.
6. Preslan M.W., Novak A. Baltimore Vision Screening Project. Ophthalmology 1996; 103 (1): 105-9.
7. Sequi Canet J.M., et al. A critical analysis of school screening. The performance of each type of examination (abstract). An Esp Pediatr 1993; 39 (4): 299-302.
8. Hidalgo B., et all. The efficacy of the school health exam at Molina de la Vega Health Center of Huelva (abstract). Rev Sanid Hig Publica 1994; 68 (4): 465-9.
9. Yoshihara A. Benefits of a community oriented fluoride mouth rinsing program. Nippon Koshu Eisei Zasshi (abstract).1993; 40 (11): 1054-61.
10. Last M.J. Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine.12'th ed. California: Appleton (Lange, 1986: 1643.
11. Soto Torres M. Usefulness of a school health program for detecting deficites in visual acuity. Aten Primaria 1996; 18 (7): 391-4.
12. Limburg H., Vaidyanathan K., Dalal H.P. Cost-effective screening of schoolchildren for refractive errors. World Health Forum 1995; 16: 173-8.
13. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Studies in Family Planning 1990; 21 (2): 61-91.

Teşekkür

Araştırmada çalışan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1996-1997 döneminde bu çalışmaya katılan 41 intörnlerine teşekkür ederiz.

ÇALIŞANLARDA KORONER KALP HASTALIĞI RISK FAKTÖRÜ HESAPLAMASININ ERKEN TANIDAKİ YERİ

Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN, Yrd. Doç. Dr. Cihat DÜNDAR, Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Yrd. Doç. Dr. Şennur DABAK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: Tüm dünyada insan hayatını tehdit eden hastalıkların başında koroner kalp hastalığı (KKH) gelmektedir. Endüstrileşmiş ülkelerde, KKH morbidite ve mortalite hızlarının yüksek oluşunda çalışmaya bağlı risk faktörlerinin de etkisi bulunmaktadır. Bu çalışmada amaç, çalışanlarda risk faktörü hesaplanmasıyla KKH'da erken tanı konması ve koruyucu önlemlerin alınmasının sağlanıp sağlanamayacağını saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipdeki bu çalışmada hipertansiyon, diyabet gibi lipid metabolizmasını etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmayan Eski Çeltik Kömür İşletmesi'nde çalışma süresi on yıldan fazla olan 35 yaş üzerindeki 42 işçinin ve Samsun Merkez ilçedeki kamu kurumlarında çalışanlar arasından rasgele örnekleme seçilen 50 memurun fizik muayeneleri yapıldıktan sonra, alınan kan örneklerinde; HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, total kolesterol ve trigliserid analizleri yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirme de student-t testi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunun fizik muayenelerinde KKH'ni düşündürecek herhangi bir patolojik bulgu saptanmamıştır. Alınan kan örneklerinde işçilerle memurların ortalama total kolesterol, LDL-kolesterol ve trigliserid değerleri arasında fark saptanmıştır ($p<0.001$). Risk faktörü hesaplamasına göre işçilerin %54.8'i averaj altında (D), %28.6'sı averaj (C) ve %16.7'si korunulabilir (E) risk grubunda; memurların ise %62.0'si averaj (C), %28.0'i averaj altında (D) ve %4.0'ü korunulabilir (E) risk grubunda iken %6.0'sinin KKH açısından yüksek risk (B) grubunda olduğu saptanmıştır. Risk faktörü açısından karşılaştırıldığında memurların KKH'na yakınlık riskinin işçilere göre daha fazla olduğu belirlenmiş ve aralarında fark saptanmıştır ($X^2=15.79$, $p<0.01$).

Sonuç: Araştırmanın sonuçları, özellikle çalışma ortamından kaynaklanan koşulların predispozisyon oluşturabildiği KKH'da risk faktörü hesaplanmasının erken tanı ve koruyucu hekimlikte önemli bir yeri olduğunu göstermektedir.

SUMMARY

THE ROLE OF THE ESTIMATION OF CORONARY HEART DISEASE'S RISK FACTOR IN EARLY DIAGNOSIS IN PROFESSIONAL GROUPS

Purpose: Coronary heart diseases (CHD) are important public health concerns about the world. In industrialized countries, risk factors of working had effects in high rates of CHD morbidity and mortality. The aim of this study was to determine if early diagnose can be done by estimation of risk factors and preventive methods can be used in CHD.

Material-Method: A descriptive study was performed in Eski Çeltik Coal Mine where 42 workers whom were working more than 10 years and above 35 years old and 50 officers whom were working in public services in Samsun. The persons in two groups whom didn't have any disease that could affect lipid metabolism like hypertension and diabetes, were selected randomly. Total cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol and triglyceride analyses were done after their physical examination. Student t test and chi-square test were used for statistical analysis.

Results: In physical examination of the group, no pathologic finding about CHD was determined. Difference was found between total cholesterol, LDL-cholesterol and triglyceride levels of workers ($p<0.01$). 54.8%, 28.6% and 16.7% of the workers were found in below average (D), average (C) and preventable (E) risk groups, respectively. 62.0% of the officers were detected in average (C), 28.0% in below average (D), 4.0% in preventable (E), but 6.0% in high risk (B) groups. In comparison of risk factors, difference was found between workers and officers in average (C) group by pointing out that officers' risk in CHD was more than workers' ($X^2=15.79$, $p<0.01$).

Conclusion: The results showed that the estimation of CHD risk factors had an important role in early diagnose and preventive medicine, especially conditions in workplace can form predisposition for this disease.

Giriş: İnsanların sağlıkları ile yaptıkları iş arasında bir ilişki vardır. İş yeri ortamındaki fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik etmenler çalışanların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle iş sağlığı, çalışanların bedensel ve ruhsal iyilik hallerinin sürekli olarak en üst düzeyde tutulmasını, işyerilerindeki fiziksel ve kimyasal etkenlerin zararlaştırılmasını, korunma önlemlerinin alınmasını, kişilerin bedensel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırılmasını, işin insana-insanın işe uyumunun sağlanmasını ve çalışanların işyerindeki tehlikelerden korunmasını amaçlar.

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarının 1950 yılındaki ortak toplantısında iş sağlığı tanımı şöyle yapılmıştır: "İş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır." (1)

İş sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde en önemli iki kriter iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır. Bu kapsamda SSK Kanunu'nda ve Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde "Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleridir." şeklinde tanımlanmıştır (1).

Meslek hastalığında, çalışma koşulları hastalığın doğrudan doğruya ve vazgeçilmez etkenidirler. İşle ilgili hastalıklarda ise, çalışma koşulları, bir hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı veya gelişmesini hızlandırıcı nedenlerdir. Dünya Sağlık Örgütü işle ilgili hastalıkları şöyle tanımlar: "İşle ilgili hastalıklar (Work-related diseases), yalnızca bilinen ve kabul edilen meslek hastalıkları değil, fakat oluşmasında ve gelişmesinde çalışma ortamı ve çalışma şeklinin diğer sebepler arasında önemli bir faktör olduğu hastalıklardır." (2)

KKH, hemen bütün toplumlarda, önde gelen ölüm sebeplerindedir. Epidemiyolojik araştırmalar bu yüksek ölüm hızına çeşitli faktörlerin etken olduğunu göstermiştir. ABD'de Framingham'da yapılan bir kohort araştırması, bu risk faktörlerinin başlıca, yüksek kan basıncı, hiperkolesterolemi ve sigara olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak fizik aktivite eksikliği, genetik nitelik, diyabet ve yaşam koşullarının geliştirdiği stres söz konusudur (2).

Framingham çalışmasıyla serum kolesterol düzeyleri yüksek olan popülasyonların ileride KKH'na yakalanma risklerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (3). Plazma lipoproteinleri (şilomikronlar, yüksek dansiteli lipoproteinler=HDL, düşük dansiteli lipoproteinler=LDL, çok düşük dansiteli lipoproteinler=VLDL) kanca diyete alınan yağdan taşınır. Normal olarak plazmadaki kolesterolün çoğunu LDL taşır. Kanca LDL artığında arter duvarında kolesterol birikir, HDL artığında ise birikmez. Dolayısıyla KKH ile HDL arasında negatif, LDL arasında ise pozitif bir ilişki vardır (4). Hipertrigliseridemi genel olarak bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (5). Yapılan çalışmalar sonucunda, kolesterolün %10 oranında azalması KKH'nı %30 oranında azalttığı saptanmıştır (6).

"Risk faktörü" terimi Framingham çalışmasından bu yana KKH'nin gelişimine katkıda bulunabilen faktörleri içerecek şekilde tanımlanmıştır. Framingham verilerine göre risk faktörleri birbiri üzerine eklenerek etki ettiği için, hipertansiyon gibi tek bir faktör üzerinde yoğunlaşmayı, önem taşıyan tüm risk faktörlerine eğilmek gerekmektedir (7).

KKH gelişmesi açısından asıl risk faktörü lipoprotein anormallikleridir (8). Çalışmalar KKH riskini belirleyen en iyi göstergenin HDL-kolesterol/total-kolesterol x 100 formülü ile hesaplanan ve gruplandırılan risk faktörü olduğunu önermektedir. Risk faktörü gruplamasına göre hesaplanan değer 12'nin altında ise tehlikeli (A), 12-18 arasında yüksek (B), 18-27 arasında ortalama (C), 27-40 arasında ortalama (D) ve 40'ın üzerinde korunulabilir (E) risk grubunda yer almaktadır (9).

Sanayileşmenin hızla artırdığı sorunlar bireylerin sağlık durumlarına yansımakta, bu yansıma da en yaygın olarak işyerlerinde yaşanmaktadır. İşyerlerinde çalışan kişiler genel toplumdaki insanlardan çok farklı ve özel risklerle karşı karşıyadırlar (10). Bu çalışmada amaç, meslek açısından bir çok riskle karşı karşıya kalan çalışanlarda KKH risk faktörünün hesaplanmasının, erken tanı konmasında ve koruyucu önlemlerin alınmasında rutine kullanılabilir bir yöntem olup olmayacağını saptamaktır.

Cereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada hipertansiyon, diyabet gibi lipid metabolizmasını etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmayan Eski Çelik Kömür İşletmesinde çalışma süresi on yıldan fazla olan 35 yaş üzerindeki yer altında çalışan 42 işçi ile Samsun Merkez ilçedeki kamu kurumlarında çalışanlar arasından rasgele örnekleme seçilen 50 memurun fizik muayeneleri yapıldıktan sonra, KKH'ları yönünden incelemek amacıyla alınan kan örneklerinde: HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, total kolesterol ve trigliserid analizleri yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Version 5.0) paket programı kullanılarak, student-t testi ve ki-kare testi uygulanmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya alınan on yılın üzerinde çalışma süresi olan ve 35 yaş üzerindeki hipertansiyon, diyabet gibi lipid metabolizmasını etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmayan işçi ve memurların yapılan fizik muayenelerinde KKH'nı düşündürecek herhangi bir bulgu saptanmamıştır.

Çalışma grubundan alınan kan örneklerinden elde edilen sonuçlara göre ortalama total kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol ve trigliserid değerleri Tablo 1'de verilmiştir. Ortalama total kolesterol düzeyleri işçilerde 151.3±4.5 mg/dl ve memurlarda 198.9±4.2 mg/dl normal değerlerin üst sınırlarında iken, memurlarda işçilere göre daha yüksek düzeyde olup, aralarında istatistiksel fark saptanmıştır (t=7.95, p<0.001). Ortalama HDL-kolesterol düzeyleri işçilerde 47.8±1.9 mg/dl ve memurlarda 50.9±1.3 mg/dl olarak normal sınırlarda saptanmış ve aralarında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (t=1.4, p>0.05). Ortalama LDL-kolesterol düzeyleri işçilerde 88.3±4.3 mg/dl olup, normal sınırların altında; memurlarda ise 125.9±4.4 mg/dl olup, normal değerlerin üst sınırlarında bulunmuş; memurlarda işçilere göre daha yüksek düzeyde olan bu farkın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t=6.05, p<0.001). Ortalama trigliserid düzeyleri işçilerde 182.2±16.7 mg/dl, memurlarda 116.2±3.8 mg/dl olarak normal sınırlarda iken, işçilerde memurlara göre daha yüksek düzeyde olup aralarında fark saptanmıştır (t=4.18, p<0.001). Sanayileşme ve kentleşmenin artışı ile birlikte toplu gıda üretim ve tüketiminin yaygınlaşması, fast-food türü beslenme alışkanlığının artması, işe yetişmek ya da kısa öğle tatillerinden faydalanmak için beslenmeye ayrılan sürenin azalması kısa sürede hazırlanan, dengersiz besin öğeleri içeren beslenme türlerinin de yaygınlaşmasına neden olmuştur (11). Memurlarda, işçilere oranla kolesterol ve trigliserid düzeylerinin yüksekliği de, bu dengersiz beslenme ve fiziksel aktivite azlığı ile açıklanabilir.

Risk faktörü hesaplanması sonucu: KKH gelişme riski açısından çalışmaya alınan işçilerin %54.8'i ortalama (D), %28.6'sı ortalama (C) grubunda olup sadece %16.7'sinin hastalaktan korunulabilir (E) grupta olduğu saptanmıştır. Memurların ise %62.0'si ortalama (C), %28.0'i ortalama (D) ve sadece %4.0'ü korunulabilir (E) grupta iken, %6.0'sinin KKH için yüksek risk (B) grubunda olduğu görülmüştür (Tablo 1). Bu sonuçlar ışığında, memurların KKH'na yakalanma riskinin işçilere göre daha fazla olduğu ve aralarında istatistiksel fark bulunduğu saptanmıştır (x=15.79, p<0.01). KKH gelişmesinde major risk faktörlerinden olan kan lipid düzeyleri, yapılan ölçümlerde normal sınırlarda saptanmasına rağmen, risk faktörü hesaplanması, işçi ve memurların önemli oranda risk altında olduğunu göstermektedir.

Yapılan araştırmalar KKH riskinin; monoton iş koşullarında, fiziksel aktivitesi az olan hafif işlerde çalışanlarda daha fazla olduğunu göstermektedir (12). Kişinin mesleği ya da yaşam tarzının yarattığı stresin de KKH gelişiminde önemli katkı sağlayan bir faktör olduğu düşünülmektedir (13). Yüksek risk meydana getiren koşullar arasında iş güvencesinin olmayışı, rekabet, düzensiz çalışma saatleri, yorucu ve monoton işler, gece çalışması sayılabilir. Çalışanlar, zorlu iş koşullarında, sıcak ve soğuk ortamlarda, yüksek ve alçak basınç şartlarında, çok çeşitli zararlıların bulunduğu işyerlerinde çalışmaya uyum göstermeye çalışmaktadırlar. Bu çalışmada da monoton iş koşullarında çalışan ve yetersiz fizik aktivite gösteren memurların işçilere göre KKH'na yakalanma açısından daha riskli olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmada elde edilen verilere göre, kan lipid düzeyleri normal sınırlarda olduğu halde risk faktörü hesaplanmasıyla KKH gelişmesi açısından çalışanların risk altında olduğu saptanmıştır. Sonuçlar özellikle çalışma ortamından kaynaklanan koşulların predispozisyon oluşturaldığı KKH'ca risk faktörü hesaplanmasının erken tanı ve koruyucu hekimlikte önemli bir yeri olduğunu göstermektedir.

Endüstriyel gelişme tartışılmaz yararlar getirirken, çalışanın sağlığını ilgilendiren riskleri de beraberinde getirebilir. Etiyolojik faktörlerin çoğu ve bunları önlemedeki zorluğa rağmen KKH'nin erken tanı ve uygun tedavisi ile mortalitesini azaltmak olasıdır. Ayrıca risk faktörlerine karşı bilinçlenmek ve bunları ortadan kaldırmak da hastalığın prevalansını azaltacaktır.

Lipoprotein anormallikleri, KKH açısından düzellebilecek en önemli risk faktörleridir. Hiperlipideminin diyet, egzersiz, ilaçlar gibi değişik yöntemlerle düzeltilmesi ile KKH önlenir.

Stresin kontrolü zordur. Çünkü, genellikle organizasyonla (monoton iş koşulları, gece çalışması, vardiya sistemi, fazla mesai vb.) içindedir. Bu sorunların çözümü, işin yeniden düzenlenmesi, iş değiştirme gibi önlemleri gerektirir ve ancak bir işyerinde çeşitli düzeydeki görevlerin işbirliği ve karşılıklı anlayışı ile gerçekleştirilir.

Çalışanların hem işe giriş muayenelerinde hem de periyodik muayenelerinde KKH açısından kontrollerinin yapılması gerekir. İşe giriş muayenesinde KKH olanların saptanıp, bu tip işlerde çalıştırılmamasının önlenmesi sağlanmalı ve periyodik muayenelerde böyle bir hastalığı olduğu anlaşılanlar için de iş değiştirme olanakları aranmalıdır.

Tablo:I- Çalışma Grubunda Ortalama Kan Lipoprotein Değerleri

Kan Lipoproteinleri	İŞÇİLER		MEMURLAR		t	p
	Ort	±SH	Ort	±SH		
HDL-Kolesterol(mg/dl)	47.8	±1.9	50.9	±1.3	1.40	>0.05
LDL-Kolesterol(mg/dl)	88.3	±4.3	125.9	±4.4	6.05	<0.001
Total-Kolesterol(mg/dl)	151.3	±4.5	199.9	±4.2	7.95	<0.001
Trigliserid(mg/dl)	182.2	±16.7	116.2	±3.8	4.18	<0.001

Tablo:II- Çalışma Grubunun Risk Faktörü Gruplarına Göre Dağılımı

Risk faktörü		İŞÇİ		MEMUR	
		Sayı	%	Sayı	%
A(Tehlikeli)	<12	-	-	-	-
B(Yüksek)	12-18	-	-	3	6.0
C(Averaj)	18-27	12	28.6	31	62.0
D(Averaj altında)	27-40	23	54.8	14	28.0
E(Korunulabilir)	>40	7	16.7	2	4.0
TOPLAM		42	100.0	50	100.0

$$\chi^2 = 15.79 \quad p < 0.01$$

KAYNAKLAR

1. Bilir N. İş sağlığı. (Ed.) Bertan M., Güler Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, 1995; 265-281.
2. Akbulut T. İşle ilgili hastalıklar. İşyeri Hekimliği Ders Notları. Türk Tabipleri Birliği Yayını 1996; 45-50
3. Kannel W.B., Castelli W.P., Gordon T. Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease: new perspectives based on The Framingham Study. Ann. Intern. Med. 1979; 90: 85-91.
4. Mercanligil S.M. Koroner arter hastalıklarında lipoprotein ve apoproteinlerin önemi. Beslenme Dergisi 1991; 20 (2):241-243
5. Zilversmit D.B. Atherogenesis a postprandial phenomen (review). 1979; 60: 673-685
6. Law Mr., Wald N.J., Thompson S.G. By how much and how quick does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischemic heart disease? Br. Med. J. 1994; 308-372
7. Stamler J. Epidemiology, established major risk factors, and the primary prevention or coronary heart disease. In: Parmley W.W., Chatterjee K., eds. Cardiology. Cardiovascular Diseases. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott, 1994; 1-41
8. Mahley R.W., Bersot TP. Lipid abnormalities: mechanisms, clinical classifications, and management. In: Parmley W.W., Chatterjee K., eds. Cardiology. Cardiovascular Diseases. Philadelphia, P.A: J.B. Lippincott, 1994; 1-16
9. Tietz N.W. Fundamentals of Clinical Chemistry 948-955, Third Edition, 1987.
10. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Bilgiler.1992:30
11. Akşit S., Egemen A., Kitapçıoğlu G. et all. Üniversite Öğrencilerinin Fast-Food İle Beslenme Aışkanlıkları. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. Isparta, 1997:29.
12. Gülsen Ö. Dolaşım sistemi Hastalıkları epidemiyolojisi. Epidemiyoloji. Bursa Üniversitesi Basımevi, 1981: 412-445
13. Davidson D.M. Cardiovascular disease and occupation. Cardiovasc. Rev. Rep.1984:5:503-517

2000 YILINA DOĞRU HERKESE SAĞLIK

Prof. Dr. Yaşar BİLGİN*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi-Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Başkanı

ÖZET

Anayasamızda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da belirtilen Herkese Sağlıklı Yaşam ilkesine uygun olarak ve bu ilkenin gerçekleşmesi için ne gibi olumlu çabalar gösterilmektedir?

1982 yılında 78 ülkeden 700'e yakın delegenin katıldığı 11. Milletlerarası Sağlık Eğitimi Konferansının ana konusu "2000 yılına doğru herkese sağlık" sloganı ile ifade ediliyor.

Türkiye'de Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak sağlık alanında birçok atılım gerçekleştirilmiştir. Hükümet Tabiplikleri, Numune Hastaneleri, Devlet Hastaneleri, Sağlık Merkezleri 1961 yılında "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" gereği faaliyete geçirilen Sağlık Ocakları.

Ancak siyasetin değişken-Bizde fazla değişken-Karakterli gereği bugüne kadar arzu edilen sonuca bir türlü ulaşamamıştır.

Tıp Fakültesinin sayısında çok fazla artışlar-Belki de gereğinden fazla olmuş. Halk Sağlığı Anabilim Dalları kurulmuştur. Ancak sosyal güvenlik kurumları ile ilişkisi olmayan, azımsanamayacak sayıda vatandaşların sağlık sorunlarının çözümü yolunda yeterli adımlar atılamamıştır.

İnsan sağlığı, çevre, kalkınma, sanayileşme: "İnsanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde bulunmalarını" sağlamak yolunda yeterli çabalar gösterilmemiştir.

"Sağlık reformu" siyasetin değişken tabanında, yıllardır, hatta on yıllardır ıyık olduğu zemine oturtulamamıştır. Burada Tıp Fakültesinin Halk Sağlığı Anabilim Dallarına önemli görevler düşmektedir.

"Herkese Sağlıklı Yaşam" konusunda şimdiye kadar yapılanlara ilaveten daha yoğun ve uygulanabilir, gerçekçi araştırmalara projeler geliştirmek ve bunların Yasama ve Yürütme organları tarafından yaşama geçirilmesi için, Halk Sağlığı konusunda uğraş verenlerin güç birliği içinde yılmadan aktif bir şekilde devamlı çaba göstermeleri gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Halk Sağlığı, plan, kalkınma, sosyal güvenlik, çevre.

1982 yılı 15-20 Ağustos tarihleri arasında Dünya Sağlık Örgütü, International Health Promotion and Education ve Australian Society of Health Educators işbirliği ile gerçekleştirilen Milletlerarası sağlık konferansından bu tarafa onaltı yıla yakın zaman geçti. Anılan konferansta ele alınan başlıca konu "2000 yılına doğru herkese sağlık" sloganı ile ifade ediliyordu.

Bireylerin, gönüllü kuruluşların ve hükümetlerin bu konuda neler yapmaları gerektiği uzun uzun konuşuldu, tartışıldı ve sonuçta kararlar alındı. Konferans organizasyon komitesinin sağladığı ve kendisinin de katkıda bulunduğu imkanlarla bu satırların yazılmasına da katıldığı toplantılarda ele alınan konularla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'na ve Başbakanlığa yazılı bilgiler sunuldu. 78 ülkeden 700 civarında delegenin katıldığı oturumlarda çeşitli görüşler dile getirildi ve aşağıdaki konularda görüşbirliğine varıldı.

A-Bireye düşen görevler:

- 1-Bireyin kendi sağlığı için yapması gerekenler
- 2-Bireyin ailesi için yapması gerekenler
- 3-Bireyin içinde yaşadığı toplum için yapması gerekenler

B-Ülkede sağlık konusunda görevli gönüllü (Non governmental) kuruluşların görevleri.

C-Yasama ve Yürütmeye (Parlemenler ve Hükümetler) düşen görevler

Bu konularda diğer ülkelerde nelerin yapıldığı, nelerin yapılmakta olduğu ve nelerin yapılacağı konusunda nelerin gerçekleştirildiğini yeterince bilmiyoruz.

Benim ülkemde "2000 yılına doğru Herkese Sağlıklı" söyliemi ile ilgili olarak neler yapıldı demeyi çok istememe rağmen ancak acaba bu kavram yeterince yankı buldu mu sorusuna cevap arayışına takılıp kalıyorum (Özel ve paralı sağlık hizmeti veren kuruluşların gösterdiği gelişmeler hariç).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın sağlıkla ilgili toplantılarına Sağlık Bakanlığında çalışırken de, Tıp Fakültesinde çalışırken de katıldım. Maalesef bu teşkilatta da sağlık konusu, halk sağlığı yeterince yerini alamamıştır. Bütün çabalarımıza rağmen, Kalkınma Planlarımızda sağlık konusu daima "Sağlık Hizmetlerinde koruyucu hizmetlere öncelik verilecek, tedavi edici hizmetler onu tamamlayan bir unsur olarak ele alınacak" hükmü konulmasına rağmen, uygulama maalesef bu istikamette olmamıştır.

Beşer yıllık kalkınma planlarının hazırlanıp yürürlüğe konduğu ilk yıllarda üsti düzey bir siyasetçi popülist yaklaşımla "Bize plan değil pilav lazım" diyerek planlamanın değerine gölge düşürmüştür. Halbuki lazım olan pilavı hazırlamak için bile yine de bir plan lazımdır. Pirincin cinsi, suyu, ateşi, yağı ve dinlendirilmesi konularında planınız, yeterli bilginiz, araştırma ve tecrübeniz yoksa hiç Şüphesiz o pilav güzel olmaz.

1961 yılında çıkarılan "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" eksiklikleri ve aksayan yanları varsa düzelttilerle ciddiyle uygunsaydı "Herkese Sağlık" herhalde şimdikinden çok kaliteli ve yaygın olarak gerçekleşmiş olurdu.

Anayasamızda, Dünya Sağlık Teşkilatı yasalarında herkesin sağlıklı yaşam hakkından bahsedilir. Ancak nedense gerçekleşmesi yolunda göstermelik birkaç hizmet dışında birşey yapılamaz.

Sosyal güvenlik şemsiyesi olanlara-Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur-belli ölçülerde imkanlar sağlanırken, böyle bir şemsiyeden yoksun olanlar, sağlıklarını koruma, hastalıklarında tedavi olma imkanlarından yararlanabiliyorlar mı? Halk arasında Fak-Fuk-Fon (Fakir Fukara Fonu) diye adlandırılan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma fonundan yararlanabilme imkanı acaba yeterli oluyor mu? Bir miktar da olsa bile yararlanan insanların vatandaşlık onurunu zedeleyiyor mu, zedelemiyor mu? Düşünmek gerek.

Buna mukabil, sorunlarına çare bulsun, millete hizmet etsin, insanların daha mutlu yaşmalarını gerçekleştirsin diye halkın seçtiği siyasetçilerin sağlık hizmetlerinden sınırsız ya da en geniş biçimde (Yurt içinde, yurt dışında) yararlanmaları sosyal devlet ve imtiyazsız sınıfsız kaynaşmış bir milletiz kavramlarıyla ne kadar uyum gösteriyor?

Halk Sağlığı nosyonu içinde önemli bir yer alan konut ve beslenme durumumuz nasıldır?

Belediye başkanları seçimlerden önce oy kaygısı ile göz yumdukları geçekonduların seçimlerden bir süre sonra-Çoğu zaman kış ortalarında sadizm duygularını tatmin eder biçimde-yıkılması, yıktırılması da bir halk sağlığı sorunu değil midir? Böyle, en hafif tabiriyle üzücü olan uygulama yerine yapımlarından önce gerekli önlemler alınıp yoksul vatandaşların birikimlerinin yasal yollardan değerlendirilip, sağlıklı ve güzel konutlara sahip olmalarını sağlamak çok mu zor acaba? Bu konu üzerinde ilgililerin biraz düşünüp ça-

reler bulması zor olmasa gerek.

Vicdan sahibi siyasetçilerin bu durum karşısında-Kendileri sıcak ve konforlu lojmanlarında otururken-herhalde vicdanları sızıyor olmalıdır.

Beslenme konusuna da birkaç cümleyle değinmek istiyorum. Büyük kentlerimizin Halk Ekmek satış büfelerinin önünde -Birazlık ucuza alabilmek için- on metrelerce uzanan kuyruklar, vicdan sahibi bütün insanlarımızı rahatsız etmekte, üzmektedir.

Ramazana ayında lüks otellerde zenginlerin zengine ve bazı ayrıcalıklı gruplara, kişi başına milyonları, genel toplam milyarları bulan iftar ziyafetleri verilirken, yoksul vatandaşların çöplüklerden yiyecek toplamaları, kamyonlarla rastgele dağıtılan ekmekleri ve yiyecekleri alacağız diye itiş kakış içinde çamurlarda yuvarlanmaları acaba Hazreti Peygamberin "Komşusu aç iken tok yatan bizden değildir" sözleri karşısında ne derece doğru bir davranış kabul edilebilir?

Halk Sağlığını etkileyen bir başka konuya da kısaca değinmek isterim. Sağlıklı çevre konusu. Doğa insansız olabilir, ama insan doğasız olmaz görüşüne ne derece uygun siz karar verin.

1950'lerden itibaren giderek artan bir biçimde büyüyen çarpık kentleşme-Nedense sorumluluğu kimse üzerine almıyor-yüzünden kentlerimiz, gelişmemiş yörelerimizden, kırsal alanlardan kopup gelen, modern kent yaşamına ve kurallarına uymayan, uyamayan ilkel, çevreyi bilinçsizce kirleten, toplumsal düzen ve mimari armoni yapısını olumsuz yönde bozan eğitimsiz yığınların infiltrasyonuna, hatta metastazına maruz kalmaktadır. Burada hemen belirteyim kabahat kesinlikle bu yığınları oluşturan insanlarda değil, onları bu yola başvurmaya zorunda bırakan zihniyettir.

Ekonomik büyüme, toplumsal kalkınma, kentleşme, güzel şeylerdir. Amacı insanların ve toplumun refahıdır ve öyle olmalıdır. Yoksa insanın refahını, mutluluğunu en azından sağlıklı yaşamını hesaba katmadan -Eyyamcı, günübürlük, kısa vadeli- çıkar hesapları ile gerçekleştirilecek faaliyetler, doğanın, çevrenin ve sonunda insanın hüsrana uğraması ile sonuçlanır.

Gerektiğinden fazla artan nüfus, sanayici için iyi bir pazar, siyasetçi için oy potansiyeli, ucuz insan gücü oluşturulabilir. Buna mukabil asgari düzeyde dahi sağlıklı yaşam koşullarının sağlanamadığı, yeterli eğitimin verilemediği, uygun vatandaşlık davranışının kazandırılmadığı etkili ve düzenli, adil bir idare sisteminin gerçekleştiremediği bir ortamda ne gibi toplumsal huzursuzlukların çıkabileceği mutlaka dikkate alınmalıdır. Bunlardan hemen birkaçını belirteyim ki; bunlar maalesef ülkemizin gerçekleridir, işsizlik ve bunun sebep olduğu çeşitli olumsuz sosyal olaylar. Yapıştırıcı koklayan sokak çocukları, trafik akışı içinde arabaların camlarını silerek, silmeye yeltenerek tehlikeli durumlar yaratan çocuklar, dilencilikler v. s. Temel ihtiyaçlarını karşılayamayan bu insanları kendi çıkarları uğruna şu veya bu yönde kullanan insanların toplumda yarattıkları huzursuzluk ve kargaşa.

Alınan bütün önlemlere ve ağırlaştırılan cezalara rağmen, eğitim ve denetimlerin yeterli düzeylere ulaşamaması yüzünden meydana gelen trafik kazaları. Sonuçta her yıl binlerce ölü, onbinlerce yaralı ve trilyonlarca liralık milli servet kaybı.

Halk Sağlığı, daha yalan bir deyimle sağlık kişinin ve toplumun hasta ve sakat olmamasının yanı sıra, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali içinde bulunmaları demek olduğuna göre burada hekimlere, özellikle halk sağlığı alanında uğraş verenlere önemli ve de devamlı görevler düşmektedir.

Kısmen de olsa sosyal çalkantıların, ekonomik çıkarların yolsuzlukların ve dinsel sömürülerin kol gezdiği bir ortamda hekimlerin özellikle halk sağlığı mensuplarının toplumsal olaylarda halkı aydınlatıcı ve yol gösterici çalışmalarını yoğunlaştırmaları gerekmektedir.

Rahmetli Hocam, Ord. Prof. Dr. Tefik SAĞLAM'ın bize sık sık telkin ettiği hekim, bulunduğu toplumun sağlığı ile olduğu kadar onu etkileyen sosyo-ekonomik ve kültürel sorunlara da ilgi duymalı, onların çözümüne yönelik bilgilerle olabildiğince kendini güçlendirmelidir. Unutmamak gerekir ki bilgi çağında güçlü ve etkin olabilmek için objektif, doğru ve gerçekleri gösteren, yansıtıcı bilgilere ihtiyaç vardır.

Tıp Bilimlerinin yanısıra, biraz da, hatta olabildiğince Tarih, Sosyoloji, Ekonomi, Toplum Bilimi ve Teoloji gibi alanlarda da bilgi sahibi olmak, hekimleri toplum içinde daha etkin duruma getirecektir. Bu etkinliğin bir de meslek dayanışması içinde yürütülmesi halinde herhalde şimdikinden çok daha farklı başarı sağlanmış olacaktır.

BALIKESİR İL MERKEZİNDEKİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA GÖREV YAPAN YÖNETİCİLERİN HASTANE YÖNETİMİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

Selma KAZAR BAŞKURT¹, Fazilet İNAN TÜFEKÇİ², Nuriye KARADAĞ³, Ahmet NESİMİ KİŞİOĞLU⁴

¹Yönetim Bilimi Uzmanı Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi

²Halk Sağlığı Bilim Uzmanı Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi

³Öğretim Görevlisi Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

⁴Dr. Halk Sağlığı Isparta Devlet Hastanesi

ÖZET

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın amacı Balıkesir il merkezinde bulunan yataklı sağlık kuruluşlarında görev yapan yönetici konumundaki kişilerin yönetim bilimi konusunda eğitim alıp almadıkları, yönetimin tanımı, yöneticilerin özelliklerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Balıkesir il merkezindeki yataklı tedavi kurumlarında yönetici olarak görev yapan başhekim ve yardımcıları, hastane müdürü ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları ile yüz yüze görüşülerek anket formları doldurulmuş, toplanan veriler bilgisayarda Epi 5 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma evrenini oluşturan 45 yöneticinin %33.3'ü başhekim ve yardımcıları, %35.5'i hastane müdürü ve yardımcıları, %31.2'si baş hemşire ve yardımcılarıdır. Evrenimizin mesleki eğitimleri dışında yöneticilik konusunda eğitim alanlar %52.3'tür. Araştırma grubunun tamamı yöneticilerin özel bir eğitim alması gerektiğini belirtmektedir. Cinsiyetine göre yöneticilerin kendilerini yeterli görüp görmediğine bakıldığında kadın yöneticilerin kendilerini yetersiz görme düzeyi daha yüksektir (p<0.05).

Hastanelerin uzman işletmeciler tarafından yönetilmeleriyle sağlık hizmetlerinde kalite artırılabilir.

SUMMARY

The aim of this descriptive research is to investigate whether the hospital managers have education of management, the definition of administration and the characteristics of the managers in Balıkesir.

In this research, the data were collected as questionnaires by interviewing prime physicians and assistants, hospital managers and assistants, prime nurses and assistants who are in charge of management in hospitals in Balıkesir and all statistics were evaluated using EPI 5 on computer.

Of 45 manager research groups, %33.3 prime physicians and assistants, %35.5 hospital managers and assistants, %31.2 prime nurses and assistants are. Except for professional education of our groups, those who have some education how to on management are in %52.3 all of research groups have pointed out that the managers should have special education. The research shows that the insufficiency level of female managers is higher than male manager (p<0.05).

The research suggests that health services would be better if the managers who are specialist in their own field run the hospitals.

Giriş ve Amaç: Toplumsal değişimin baş döndürücü bir hızla gerçekleştiği çağımızda, özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkede gereksinim ve koşulların hızla değiştiği gözlenmektedir. (1) Yıllardır ülkemizde sağlık kuruluşlarının daha iyi yönetilmesi konusu gündemi meşgul eden, hemen herkesin kabul ettiği ve birşeyler yapılması gerektiğine inandığı bir sorundur (2). Temel insan haklarının en önemlisi sağlıklı yaşama hakkıdır. Bunun insanlara sağlanması görevi anayasamızca devlete verilmiştir (3).

Yönetici karmaşık bir geleceği çözmeye çalışan, karmaşık teşkilatların biçimle ilgili yapılarını anlayan, ilişkileri analiz eden, teknoloji, ekonomi, toplumsal ve siyasal yapının tümünü ilgilendiren problemleri ile çelişmeyecek çözümler bulan kişidir (4). Herkes yönetici olamaz. Yönetici aynı zamanda, dış çevreden, çok çeşitli kaynaklardan gelen, arzu, istek, baskı ve zorlamalar altında çalışan kişidir (5). Yöneticilik işini bir meslek olarak yapan kişi profesyonel yöneticidir (6). Yönetim, herhangi bir kurumun, bir örgütün yasal bir işin yürütülmesinde tüm görevlerin uygulanmasıdır (7).

Bugünün modern hastanesinin birinci amacı, hasta ve yaralılarına gerekli en iyi tıbbi ve hemşirelik bakımını sürekli olarak sağlamaktır. Aynı zamanda hastalığın önlenmesi ve çeşitli sağlık disiplinlerinin eğitimi ve öğretimine gerek teorik, gerekse pratik alanda yardım ve kolaylıklar sağlamaktır (8). Çağımızda hangi alanda olursa olsun, modern yönetimin ana ilkesi kurumları tek kişinin yönetiminden kurtarmak, o kurumda görevli olanların, toplu ve birleşik yönetimine bırakmaktır. Hastane yönetiminde kurulması gereken yeni sistemde bu ana ilkeye uyulduğu ölçüde başarı sağlanacaktır. Bunun için hastanedeki tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, eczacılık hizmetleri, beslenme ve diyet hizmetleri, personel yönetimi ve teknik hizmetler görev ve sorumlulukta bağımsız fakat çalışma ve yönetiminde birbirini tamamlar yetkiler ve denetimlere düzeni içinde ayrı birer bölüm olarak kabul edilmelidir. Diğer taraftan hastane plan ve programını yürütecek ve yönetim kuruluna karşı sorumluluk yüklenecek bir hastane direktörü gereklidir. Böylece hekimler kendi meslekleri ile ilgili olmayan işlerle uğraşmaktan kurtulmuş olurlar (9).

Başarılı bir yönetici sağlam fizik bünyeye ve fikir canlılığına sahiptir (10). Yönetim tekniklerini bilir ve uygular, iyi yönetici olanın şartlarını bilir. İşletmecilik ve yöneticilik bilgilerine sahiptir (11). Aynı zamanda işin başarılması için özel bilgi, yöntem ve tekniklerin kullanılmasını gerektirir (12). Yönetici otoritesini kullanır ve gerektiğinde yetkisini devreder (13).

Araştırmanın amacı Balıkesir il merkezinde bulunan yataklı sağlık kuruluşlarında görev yapan yönetici konumundaki kişilerin yönetim bilimi konusunda eğitim alıp almadıkları, yönetimin tanımı, yöneticilerin özellikleri, karşılaştıkları zorluklar gibi konularda durumlarını irdelemek, yönetim bilimine bakış açılarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 01-07 Eylül 1997 tarihleri arasında Balıkesir İl Merkezindeki yataklı tedavi kurumları olan Devlet Hastanesi, Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, Askeri Hastane ve Özel Hastanedeki başhekim ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları, hastane müdürü ve yardımcıları araştırma evrenini oluşturmaktadır. Örnekleme yapılmamış, evrenin tümüne ulaşılmıştır. Hastane yöneticileri ile yüz yüze görüşülerek anket formlarını doldurulmuş, toplanan veriler bilgisayarda epi5 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Araştırma kapsamına alınan 45 hastane yöneticisinin 5'inin (%11.1) baş hekim, 10'unun (%22.2) baş hekim yardımcısı, 6'sının (%13.3) hastane müdürü, 10'unun (%22.2) hastane müdür yardımcısı, 3'ünün (%6.7) başhemşire ve 11'inin (%24.4) başhemşire yardımcısı olduğu bulunmuştur. Hastaneler, matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlar olması nedeniyle

tek tip yöneticiden söz etmek mümkün değildir. Seçim'in Türkiye'de hastanelerin organizasyonu için bir model önerisi adlı çalışmasında hastane yöneticileri başhekimlik başhemşirelik ve hastane müdürlüğünden oluşmaktadır (14). Benzer bir araştırmada başhemşireler yönetici olarak alınmamıştır (15).

Araştırma grubunun yaş dağılımı incelendiğinde 25-29 yaş grubunda olanlar 9 kişi (%20.0) iken, 30 yaş üzerindeki 36 kişi (%80.0) dir. Benzer bir araştırma da ise yöneticilerin yaş dağılımı incelendiğinde 30 yaş altı %22.0; 51-55 yaş arası %1.1 bulunmuştur. Genç hastane yöneticilerinde tecrübesizlik, ileri yaşta kişilerde ise yönetsel yıpranma olabilir. Grubun cinsiyet dağılımı yönünden incelendiğinde kadınlar 17 kişi (%37.8), erkekler 28 kişi (%62.2) dir. Başka bir araştırmada ise yöneticilerin %98.8'i erkek, %1.2'i kadındır (16).

Araştırma grubunun eğitim düzeyleri incelendiğinde lise eğitimi alanlar 3 kişi (%6.7), ön lisans eğitimi alanlar 8 kişi (%17.8), lisans eğitimi alanlar 20 kişi (%44.4) yüksek lisans ve doktora eğitimi alanlar 15 kişi (%31.1) dir. Yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim alanların yüksek bulunmasının nedeni yönetim kademesinde bulunan başhekim ve başhekim yardımcılarının tıpta uzmanlık eğitimi yapmış olmalarından kaynaklanmaktadır. Günümüzde lise düzeyinde eğitim almış olup, bunların hastane gibi kompleks bir organizasyonda görev yapmaları sağlık hizmetlerindeki verimliliği olumsuz yönde etkileyeceği söylenebilir. Yönetim kademesindeki çalışma süreleri incelendiğinde 5 yıldan daha az süreler yöneticilik yapan 25 kişi (%55.6), 6-9 yıl 10 kişi (%22.2), 10 yıldan fazla hizmet alanlar 10 kişi (%22.2) dir. Bir araştırmada çalışma süresi bir yıl ve daha az olanlar %1.1, 11-20 yıl arası olanlar ise %7-8'dir (16).

Yönetici grubunun %91.1 yöneticilik görevini isteyerek yaptığını belirterek %8.9'unun bu görevi istemeyerek yaptığı bulunmuştur. Eğitim durumlarına bakıldığında yöneticilerin %47.7'si yönetim konusunda eğitim almadığını, ifade ederken, %52.3'ü eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Yönetim konusunda eğitim alanlar içerisinde bu eğitimi de okuldaki eğitimleri sırasında aldıklarını belirtenler %38.6'dır. Bir başka araştırmada yöneticilerin %37.5 hiçbir yöneticilik eğitimi almadıkları saptanmıştır (15). Grubun yaklaşık yarısının yönetim bilimi konusunda eğitim almamış olması hastane yönetimine olumsuz yönde etkileri olabilir.

Ankete katılan grubun tamamı yöneticilerin özel bir eğitim almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Hastane yöneticilerinin aldıkları mesleki eğitimleri dışında hastane yönetimi konusunda hizmet içi eğitime gereksinimleri olduğu söylenebilir. Bu konuda bir eğitim programı hazırlanmış yönetim kadrosundakilerin tamamı programa katılmaya isteklidirler. İdarecilerin yönetim becerilerini geliştirebilmeleri ve bilgilerini artırmaları için tamamının böyle bir eğitim programına katılmayı istemeleri memnun edici bir durumdur.

Araştırma grubunun %86.7'si yönetimi "Planlama, örgütlenme, yönlendirme, koordinasyon ve denetleme faaliyetlerinden oluşan bir olgudur." şeklinde tam olarak tanımlarken, %13.3'ü ise "insanlara iş yaptırma ilim ve sanatıdır." "Çalışılan kurumun teknik, psikolojik ve sosyolojik yönlerini incelemektir." ve "İdarenin en iyi şekilde yönetme ve teşkilatlandırma usullerini inceleyen bir bilim dalıdır." şeklinde eksik olarak tanımlayabilmişlerdir. Hastane yöneticilerinin %75.6'sı hastane yöneticilerinin kişilik özelliklerini "Konusunda deneyimli, bilgili, grup başarısını yükseltebilen, liderlik özelliğine sahip, otoritesini kullanabilen, gerektiğinde yetkisini devredebilen" diye doğru olarak sıralarken, grubun %24.4'ü "Sağlam fizik bünyeli ve sağlıklı ruh yapısına sahip ve ileri görüşlü olmalı", "İşi şansa bırakmayan, kararlı, başkalarına düşüncelerini kabul ettirme çabasında olmalı" "Üst ve astlarını önce bir insan, sonra bir yönetici olarak ele almalı, başarısızlıklar karşısında hoş görülmeli ve soğukkanlı olabilmeli" şeklinde eksik olarak tanımlayabilmişlerdir.

Kapsama alınan grubun %95.5'i herkesin yönetici olamayacağını belirtmektedir. Gruptakilerin kendilerini yöneticilik konusunda yeterli görme oranı %73.3'tür. Bu konuda kendini yetersiz görenler ise %26.7'dir. Yetersiz görme nedenleri arasında ilk sırada %40.0 oranı ile yöneticilik konusunda yeterli bilgi ve tecrübe olmaması gelmektedir. İdarecilerimizin, yönetici olarak yaşadığı zorluklara bakıldığında %69.8'i, yasal zorluklardan etkilendiklerini ifade etmişlerdir.

Hastanelerde yöneticilik görevi yapan başhekim ve yardımcıları, hastane müdürü ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları'nın yönetim bilimi konusunda eğitim alıp almadıkları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 1, χ^2 , $p<0.05$).

Hastane yöneticilerinin cinsiyetlerine göre kendilerini yönetici olarak yeterli görüp görmemeleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadın yöneticiler arasında kendini yetersiz görme oranı erkeklerle göre daha yüksektir (Tablo 2, χ^2 testi, $p<0.05$).

Tablo 1: Hastane Yöneticilerinin Yönetimi Bilimi Eğitimi Durumları

Görev	Eğitim Alma				Toplam	
	Var Sayı	%*	Yok Sayı	%*	Sayı	%*
Başhekim ve Yardımcıları	11	73.4	4	26.6	15	100.0
Hastane Müdür ve Yardımcıları	2	13.3	14	86.7	16	100.0
Başhemşire ve Yardımcıları	8	53.3	6	46.7	14	100.0
Toplam	21	46.6	24	53.4	45	100.0

* Yüzdeler satır yüzdesidir.

Tablo 2: Hastane Yöneticilerinin Cinsiyetlerine Göre Kendilerini Yeterli Görme Durumları.

Cinsiyet	Yeterli Görme				Toplam	
	Evet Sayı	%*	Hayır Sayı	%*	Sayı	%*
Kadın	11	57.9	8	41.2	19	100.0
Erkek	22	84.6	4	15.4	26	100.0
Toplam	33	73.3	12	26.7	45	100.0

* Yüzdeler satır yüzdesidir.

Sonuç ve Öneriler: 1. Hastanelerin matris yapıda faaliyet gösteren organizasyonlar olması nedeniyle birden fazla yönetici bulunmaktadır. Başhekim ve yardımcıları 15 kişi (%33.3), hastane müdür ve yardımcıları 16 kişi (%35.5), başhemşire ve yardımcıları 14 kişi (%31.2) dir. Hastane yönetimlerinin hekimlerden alınarak uzman işletmecilere verilmesi genellikle mesleklerinde çok başarılı görülen hekimlerimize kendi mesleklerinde çalışma ve yoğunlaşma fırsatı verirken, yönetimin daha profesyonelce kişiler tarafından gerçekleştirilmesi etkin ve verimli sonuçların alınmasını sağlayacaktır.

2. Cinsiyet dağılımı yönünden bakıldığında erkek yöneticiler 28 kişi (%62.2) çoğunluktadır. Kadınların doğasından gelen sezimleme ve karar verme yetileri göz önüne alındığında kadınların yönetimde daha çok söz sahibi olmalarına fırsat verilmelidir.

3. Eğitim durumları incelendiğinde lisans üstü eğitim almış olanlar 15 kişi (%31.1) dir. Bunların tamamı başhekim ve yardımcılarıdır. Onlar da tıpta uzmanlık eğitimi almışlardır.

4.5 yıldan daha az yöneticilik deneyimine sahip olanlar 25 kişi (%55.6) sını oluşturmaktadır. Yönetici kadrosundaki kişilerin çalıştığı kurumu, mesai arkadaşlarının kapasitesini tanınması zaman alacaktır. Yöneticilerin başka nedenlerle sıklıkla değişmesi çalışanların üzerinde ve hizmetin verimliliğinde olumsuz etki yapacaktır.

5. Araştırma grubunun yaklaşık yarısı yönetim bilimi konusunda eğitim almadıklarını belirtirken, tamamı bu konuda özel bir eğitim alınması gerektiğini belirtmektedir.

6. İdareci olarak görev yapan hekim ve hemşirelerin okulda aldıkları mesleki eğitimlerinin dışında yönetim bilimleri konusunda ayrıca eğitim almaları, sağlık hizmetlerinde arzu edilen kaliteyi getirecektir. Kalitenin artırılması, hizmetin daha verimli ve etkili sunulması sağlık personelinin teknik bilgi ve becerisi kadar yöneticilik bilim ve sanatını da öğrenebilmesine ve uygulamaya yansıtabilmesine bağlıdır.

7. Ekonomik, sosyal ve kültürel yönden illerin gelişmişlik açıları elbetteki birbirinden farklıdır. Metropoliten bir kentle, küçük bir kentin halka verdiği hizmetlerin eşit düzeyde olması beklenemez. Türkiye sınırları içinde faaliyette bulunan devlet, SSK

hastaneleri temel yönetim ve organizasyon yapıları açısından aynı mevzuata göre düzenlendikleri için Balıkesir il merkezinde bulunan hastane yöneticilerinin, yönetim bilimine bakış açıları, Türk hastanelerinin geneline ilişkin bilgi verilebileceğini sanıyoruz.

KAYNAKLAR

- 1) KAZAR Selma; Hastanelerde Halkla İlişkiler Faaliyetler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1991, s.87.
- 2) KILINÇ M.: Hastanelerde Yönetici ve Hekim Gruplarının Farklı Özelliklerin Hastanelerin Yönetim ve Örgüt Yapılarına Etkileri.1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildirisi Kitabı, Aydın, 1994, s.63.
- 3) ERDİNÇ O. DOĞAN 2: SSK Sağlık Kuruluşları için (Çağdaş Katılımcı ve Demokratik) Yönetim ve Örgütleme Önerisi.1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Aydın, 1994, s.29.
- 4) BARNARD Chester. Organization and Management Harward İniversity Press, Cambridge, 1949, s.197.
- 5) AK Bilal; "Hastane Yöneticiliği" Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1987, s.38-40.
- 6) AK Bilal; Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, İstanbul, 1990, s.156.
- 7) CALENDER Tiny M.; Unit Administration, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1962, s.19.
- 8) VELİOĞLU Perihan; Hemşirelikte Yönetim İstanbul, 1982, s.40-41.
- 9) MAC EACHERN, M.T., Hospital Organization and Management, Chicago, 1957. Physians Record Compiny, s.29-83.
- 10) AYANOĞLU Ali Şakir; İşletmecide Haiz Olması Gereken Vasıflar ve İşletmecilik Fonksiyonları, Organizasyonun Beşeri Yönü, Hüsnü Tabiat Matbaası, İstanbul 1966, s.664-667.
- 11) PODOL Richard "İdarecide Aranılan Bilgiler"; ZOYA, Ergun, İdarecilik Sanatı, İstanbul Matbaası, İstanbul, 1973, s.46-48.
- 12) LUTHANS Fred; Organizational Behanior, 3nd. Ed. Mc. Graw HML, Mew York, 1981, s.4.
- 13) SPENCER J.A; Management in Hospital, London Faber and Faber, 1967, s.32.
- 14) SEÇİM Hikmet; Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Eskişehir, 1985, s.223.
- 15) KABATAŞ Firuzan; İstanbul Kent Merkezindeki Yataklı Tedavi Kurumları, Başhekim ve Hastane Yöneticilerinin Hastane Yönetimi Konusundaki Eğitim ve Bilgi Durumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1991, s.105.
- 16) AK Bilal; Sağlık Bakanlığında Görevli Hastane Yöneticilerin Genel Özellikleri ve Bu özelliklere Göre Yönetmelik Başarı Düzeyleri Hakkında Bir Araştırma 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Aydın, 1994, s.78-88.

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNEYLEM ARAŞTIRMALARI

Dr. Sönmez İŞİK*, Dr. Aydın DOLU**, Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU*, Dr. Ercan BAL*

*TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

**Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Amaç: Sağlık yöneticilerine sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaştıkları sorunları süratle tanımlayıp, kaynağına inerek buna yönelik en gerçekçi çözümleri geliştirmek, bu süreçteki karar sorunlarına yardımcı olmak ve seçenek stratejilerinin geliştirilmesine yönelik gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Yukarıda belirtilen amaçlara yönelik "Temel Sağlık Hizmetlerinin Desteklenmesinde Yöneylem Araştırmaları" konulu bir çalışma grupları toplantısı düzenlenmiştir. Toplantıda temel sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılabilecek güçlüklerin aşılmasında yöneylem araştırmalarından yararlanma yolları, temel sağlık hizmetlerinin kalite, verim ve etkililiğinin artırılması yöneylem araştırmalarının yeri ve konuyla ilgili deneyim kazanılmasına yönelik olarak düzenlenmiştir. Daha sonra katılımcılar kendi illerine özgü sorunların çözümü için birer yöneylem araştırması planlamışlardır. Kahramanmaraş ili 1996 yılı içerisinde uygulamaya geçmiş ve 12 ayın sonuçları elde edilmiştir.

Bulgular: Kahramanmaraş ilinde ulaşımı zor ve yıllardır aşılama oranları il ortalamasının altında seyreden ve araç sorunu olan Andırın ilçesi araştırma bölgesi olarak seçilmiştir. Sağlık Müdürlüğü tarafından belli bir protokol çerçevesinde sözleşme imzalanan kiralık bir araç, öncelikli olarak aşılama hizmetleri için tahsis edilmiştir.

Kiralanan araç sadece aşılama hizmetlerinde değil, bölgenin diğer sağlık hizmetlerinin sunumunda da kullanılmıştır. Kiralanan araç ile sağlık ocağı bölgelerine gidildiğinde ETF'lerin yenilenmesi, gebe-çocuk izlemleri, çevre sağlığı hizmetleri gibi daha önce resmi araçla verilen hizmetlerde verilmiştir. Ancak sonuçların değerlendirilmesinde bu hizmetler ile bu hizmetlerdeki değişim dikkate alınmamıştır.

Sonuçta uygulanan aşı dozunda ve her bir aşının kendi antijen türü içerisinde %50'den fazla bir artış sağlanmış, bu artışta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Doz başına maliyetin ise üçte bir oranında azaldığı görülmüştür.

Sonuç: Bu araştırmanın en önemli çıktısı: ilin kendi önceliğini kendisi belirlemesi ve buna yönelik uygun müdahaleyi ekip anlayışı içerisinde gerçekleştirmesidir. Araştırmanın sonuçları il'e özel olup, tüm ülkeye genellemek uygun değildir. Ancak, Kahramanmaraş'ın Andırın ilçesinde olduğu gibi ulaşımı zor ve resmi aracın hizmet alanı için yetersiz kaldığı yörelerde sağlık hizmetlerini sunmak üzere sözleşme ile araç kiralamak maliyet/etkili bir yöntem olabilir.

SUMMARY

OPERATIONAL RESEARCHES IN THE PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Aim: To define problems the health managers encountered during the presentation of the health services to develop the most reasonable solutions, to provide assistance during the decision process and to gain the necessary knowledge, skills and attitudes regarding the development of the alternative strategies.

Material-Method: A workshop with regards to "Operational Researches in The Development of The Primary Health Care Services" was organized according to the aims given above. The meeting was arranged to get benefit from the operational researches in overcoming the difficulties that can be encountered during the presentation of the primary health care services and increasing the quality, efficiency and the effectiveness of the primary health care. Later, these participants planned operational researches for the solution of the problems especially for their provinces. Kahramanmaraş province started implementation in 1996 and the results of the 12 months are obtained.

Findings: Andırın, being a district of Kahramanmaraş has been selected as a research region. Andırın has difficulties in transportation and vehicle, also has a vaccination average under the province average. The vehicle rented by the Health Directorate through signing a contract within a certain protocol is allocated first for the vaccination services.

The rented vehicle is not only used for vaccination services but have also been used in the region for the presentation of health services. During the visit to the regional health centers with the rented vehicle, services have also been provided for the renewal of household determination cards, monitoring of pregnant women and child and also for environmental health. However, during the evaluation of the results, the services and changes in the services have not been taken into consideration except for the changes in vaccination rates.

At the end, there was 50% increase in the implemented vaccination coverage and the antigen type within each vaccination and this increase was statistically meaningful. Also, there was a decrease in the cost per coverage in an amount of one-thirds.

Result: The most important output of this research is that the team has to define the priority of the province and realize the suitable interference with a team work. The results of the research is especially for the province and this is not suitable to generalize it according to the whole country. It can be a cost-effective method to rent a vehicle through a contract in order to present the health services in the local areas like Andırın, the district of Kahramanmaraş in which the service area of the official vehicle is inefficient and the transportation is very difficult.

Giriş ve Amaç: Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz anlaşmaları sonucu ülkemizin 31 iline yönelik olarak uygulamaya konulan Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri'nin en önemli amacı temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltmektir. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi; ulusal sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık altyapısının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine toplum katılımının sağlanması yanında sağlık alanında çalışan personelin hizmet sunumu kalitesinin artırılması ile mümkündür.

Yöneylem araştırmalarının genel amacı: verilen hizmetin yaygınlığı ve kalitesini arttırmak, sağlığa yönelik hizmet ve yatırımları en düşük maliyet ve en yüksek etkililikle gerçekleştirmektir. Ayrıca sağlık yöneticilerine sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşık karşı sorunları: sűratle tanımlayıp, kaynağına inerek buna yönelik en gerçekçi özűmleri geliştirmek, bu sűreteki karar sorunlarına yardımcı olmak ve seçenek stratejilerinin geliştirilmesine yönelik gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazandırmaktır.

Yöneylem araştırmalarının daha uzun sűrete ikinci amaci ise elde edilen sonuçların kullanılarak, űst düzey yöneticilere, karar vericilere, politika belirleyicilere hizmet sunumunun kalitesini arttırmak amacıyla gelecekte oluşturulacak politikaların doğru zemine oturtulabilmesi için gerçekçi ve somut bilgilerin sağlanmasıdır. Bundan dolayı temel sağlık hizmetleri sunumunun geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinde yöneylem çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır.

Dűnya Sađlık Örgűtű tarafından 1978 yılında yapılan Alma-Ata konferansında Temel Sađlık Hizmetlerinin örgűtlenmesi ve sunumu ile ilgili olarak 22 maddelik bir öneriler listesi yayınlanmıřtır. Söz konusu önerilerin 16. Maddesi, yöneylem araçlarından biri olarak tamamen "Yöneylem Arařtırmalarını" öle almaktadır. Konferansta, sađlık hizmetleri ile ilgili sorunların erken önmeye ve sűratle tanımlanıp deđerlendirilmelerinin, bunlara yönelik olarak alınacak kararların ve yapılacak planlamaların bilimsel veri ve yöntemlere dayandırılmasının bařarı şansını arttıracadı; öngörűlműřtür. Bu sebeple hükűmelerin, yöneylem arařtırmaları için sűrekli olarak kaynak sađlaması, söz konusu arařtırmaları planlayıp yürűtecek elemanlar yetiřtirmek üzere önlemler alması, bu arařtırmaların planlanacağı birimler ve yürűtűleceđi arařtırma bölgeleri kurulması önerilmiřtir.

Yöneylem araştırmaları yaklaşık 50 yıldır endűstriyel işletmelerin karar sorunlarına yardımcı olmak üzere bir yöneylem aracı olarak kullanılmaktadır. Özellikle 1960'lardan sonra yöneylem araştırmaları uygulamaları sosyo-ekonomik sistemlerde de hızla gelişmiştir. Yöneylem araştırması tekniklerinin sağlık sistemlerine uygulanması iki ana grupta yer almaktadır. Bunlardan birincisi endűstriyel işletmelerde kullanılan tekniklerin (karar teorisi, modelleme, simulasyon, doğrusal programlama, queueing teorisi, ABC analizi, cű-yardımlık analizi, network analizi vb gibi) hastane ve diğer sağlık kurumlarının spesifik sorunlarına özűm getirmek amacıyla kullanılmıştır. İkinci grupta yer alan ve makro düzey olarak adlandırılan ulusal ve bölgesel sağlık sistemleri sorunlarına özűm getirmek amacıyla kullanımı ise daha farklı bir teknik ve araştırma dizaynı istemektedir. Bu alanda yöneylem araştırmalarının temelini oluşturan deneysel saha müdahaleleri, hizmet sunumunun başarısını arttırmak için geliştirilen yeni bir yaklaşım biçimini yaygınlaştırmak üzere sahada enemek için yapılmaktadır. Bűylece çeşitli niteliksel ve niceliksel yöntemlerle mevcut hizmet sunum sisteminde yabılan değerliğliğin etkileri, belirlenen kriterlere göre araştırılır. Temel sağlık hizmetlerinde yöneylem araştırmalarının öncelikli fonksiyonu: hizmetin yaygınlığı ve kalitesini arttırmak, sağlık hizmetleri ve yatırımlarını en düşük maliyet ve en yüksek etkililikle gerçekleştirmek amaçlarını desteklemektir.

Yöneylem araştırmalarının temel felsefesinin sağlık yöneticileri tarafından kavranmasının, hizmet sunumunun geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi açısından önemi büyüktür. Hizmetin yaygınlığı ve kalitesini arttırmak, sağlık hizmet ve yatırımlarını en düşük maliyet ve en yüksek etkililikle gerçekleştirmek amaçlarını desteklemek için yöneylem araştırmalarından yararlanmak mümkündür.

Bu amaçla, yürűtűlen sađlık programları kapsamında; Sađlık Projesi Genel Koordinatörűđű tarafından Sađlık Bakanlıđının ilgili birimleri ile orje illeriyle ortaklařa olarak yöneylem arařtırmaları gerçekleřtirilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Yukarıda genel olarak belirtilen amaçlara yönelik olarak Sağlık Projesi Genel Koordinatörűđű tarafından, ilk kez 13-17 Kasım 1995 tarihinde, "Temel Sağlık Hizmetlerinin Desteklenmesinde Yöneylem Araştırmaları" konulu bir çalışma grupları toplantısı düzenlenmiştir. Toplantı, genel olarak yöneylem araştırmaları kavramının tanıtımı, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılabilecek güçlüklerin aşılmasında yöneylem araştırmalarından yararlanma yolları, temel sağlık hizmetlerinin kalite, verim ve etkililiğinin artırılmasında yöneylem araştırmalarının yeri ve konuyla ilgili deneyim kazanılmasına yönelik olarak düzenlenmiştir. Toplantı sonunda, belirlenen sorunların özűmű için yöneylem araştırması teknikleri kullanılarak bir eylem planının oluşturulması ve grup çalışmalarına katılan proje illerinde bu planın uygulanma yollarının aranması amaçlanmıştır. Yöneylem tekniği içerisinde illere; kendi illerine öđđű sağlık sorunlarını ve önceliklerini belirleme yöntemleri, müdahale örneğinin seğimi ve büyüklűđű, müdahaleden önce ve sonraki durumun nasıl ölçűleceđi, bilgi toplama yöntemleri, örneğ büyüklűđűnün seğilmesi, müdahale için gerekli olan ayrıntılı bűyűceyi de içeren kaynakların tesbiti ve uygun analiz yöntemlerini kullanma becerisi kazandırılmıştır.

Toplantı sonrası katılımcı illerden Kahramanmarař, bazı ilçelerinde yıllardan beri araç sorunu yaşandığını ve bölgenin sűrekli olarak araç olmadığını, aşılama ve diğer hizmetler için başka bölgelerden geçici görevlendirme ile araç teminine gidildiğini, eldeki araçların ise eski model olup sık sık arızalandığı ve tamiri gerektiği için ödenek bulmada sıkıntı yaşandığını, bu durumun ise basıta aşılama olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunumunu aksattığını belirterek, "Araç kiralama yoluyla, aşılama oranı düşük sağlık ocağı bölgelerinde aşılama oranlarının yükseltilmesi ve maliyet/etkililiğin araştırılması"nı planlamıştır.

Kiralanan araç sadece aşılama hizmetlerinde değil, bölgenin diğer sağlık hizmetlerinin sunumunda da kullanılmıştır. Kiralanan araç ile sağlık ocağı bölgelerine gidildiğinde ETF'lerin yenilenmesi, gebe-ocuk izlemleri, çevre sağlığı hizmetleri gibi daha önce resmi araçla verilen hizmetlerde verilmiştir. Ancak araştırmanın amacı öncelikle aşılama oranlarındaki değerliği saptamak olduğundan, sonuçların değerlendirilmesinde bu hizmetler ile bu hizmetlerdeki nitelik ve nicelik değerliği dikkate alınmamıştır.

Kahramanmarař ilinde ulařımı zor ve yillardır ařılama oranları il ortalamasının altında seyreden bir ilçe olan Andırın arařtırma bölgesi olarak seėilmiřtir. Bu bölgeye tahsis edilmiř Sađlık Müdürlűđűne ait araç geri çekilmiř ve belli bir protokol geređince sözleşme imzalanan kiralık bir araç, öncelikli olarak ařılama hizmetleri için tahsis edilmiřtir. Ayrıca bu çalıřma için ETF'ler tekrar yenilenmiř, önceki yılların ařı çalıřmaları deđerlendirilmiř, araç ve personel gideri tesbit edilerek ulařım fizibilitesi yapılmıřtır. Kiralanan araçların sűrűcűsű ve sađlık personeli uygulama konusunda bilgilendirilmiřtir.

Buğular ve Tartışma: Söz konusu araştırmalar gerek merkezde gerekse araştırmaların yürűtűleceđi illerde konuyla ilgilenecek az sayıda yetişmiş personelin olması ve bu personelin diğer sorumluluklarını da yerine getirmek zorunda olmaları, konuyla ilgili bilgi ve eneyim eksiklikleri sebebiyle yöneylem araştırmaları ile ilgili çalışmalar ancak haziran 1996 sonu itibarıyla bařlatılabilmű olup, Kahramanmarař iline ait yöneylem araştırmasının 12 aylık sonuçları alınmıştır.

Bir yıl sonunda sadece aşılama hizmetlerinde ulaşılan aşılama oranları geçmiş yıllar ve il ortalaması ile karşılaştırılmış, diğer hizmetlerdeki değerliği araştırma kapsamına alınmamıştır. Resmi araç maliyeti ile kiralık aracın maliyetleri karşılaştırılmış, uygulanan doz başına maliyetler hesap edilmiştir.

Bu araştırma sadece bir maliyet analizi araştırması değerildir. Sağlık yönetiminde kaynakları daha verimli kullanırken aynı zamanda hizmetin etkililiğini arttırmayı amaçlayan bir yaklaşım biçimini (şartlar gerektiğinde sağlık hizmetlerinde kiralık araç kullanılması), rutin uygulama (geçici görevlendirme ile temin edilen resmi araç) ile sahada öncelikle aşılama oranları açısından karşılaştırmayı amaçlamıştır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi aşamasında da, yöneylem araştırmalarının temel ilgi alanlarından biri olan maliyet/etkililik analizi yapılarak karşılaştırma yapılmıştır.

Resmi araç maliyeti, sűrűcűnün sabit maaşı, görev tazminatı, sağlık harcamaları, aracın kiralık araç ile yapılan mesafenin ayırısını katettiğinde harcayacağı yakıt ve diğer masrafları (bakım, yađ, trafik sigortası vs) ile görev yerine giderken katetmek zorunda olduğu işlevsiz mesafe dikkate alınarak 1997 yılı fiyatları üzerinden hesaplanmıştır. Kiralık araç ile günlük sabit bir ücret ve katettiği kilometre üzerinden bir birim ücret üzerinden anışma yapılmıştır.

12 ay sonunda elde edilen sonuçlar şöyledir:

12 ay sonunda elde edilen sonuçlar şöyledir:

Tablo - I : Andırın ilçesi aşılama oranları (yüzde)

	DBT-I	DBT-II	DBT-III	Kızamuk	BCG	TT-I	TT-II
A*	63.5	63.9	65.0	52.2	54.8	41.8	31.9
B**	94.0	92.3	90.2	84.6	80.5	73.5	51.9

p<0.0001

Tablo- II : Andırın ilçesi aşılama çalışmaları maliyet-doza tablosu

	Maliyet (Araç + Sürücü)	Aşı Dozu	Maliyet/Doz
A*	1.231.890.000 TL	5.014	245.690 TL/doz
B**	479.365.000 TL	6731	71.216 TL/doz

A* : 01/07/1995 – 30/06/1996 aşılama dönemi(resmi araç ile)

B** : 01/07/1996 – 30/06/1997 aşılama dönemi (kiralık araç ile)

Tablo lardan da görüldüğü üzere uygulanan aşı dozu müdahale öncesi 5.014 iken, müdahale sonrası 6731 doza çıkmış, aşılama oranlarına bakıldığında ise her antijen içerisinde bulunan aşı dozlarında %50'den fazla bir artışın olduğu görülmüştür. Müdahale öncesi ve sonrası aşılama oranları ki-kare testiyle istatistiksel olarak anlamlı farklılık (p<0.0001) göstermektedir. Doz başına maliyete bakıldığında ise, enflasyon nedeniyle birim fiatlarda değişimler dikkate alınarak maliyet hesaplaması 1997 yılı fiatları üzerinden hesaplanmıştır. Öyle olduğu halde doz başına maliyet resmi araçla 245.690 TL/doz iken, müdahale sonrası kiralık araçla doz başına maliyet 71.216 TL/doz'a düşmüştür. Böylece doz başına maliyetin üçte bir oranından (3.4 kat) daha fazla azaldığı görülmüştür. Resmi araçla yapılan çalışmalarda araçların eski olması, bakım ve tamir ihtiyaçlarının daha fazla olması gibi nedenlerden dolayı ekonomik olmadığı, bunda maliyeti arttırmada artı bir neden olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte çıkan sonuç maliyet/etkililik açısından anlamlıdır.

Sonuç ve Öneriler: Sözkonusu araştırmada ve araştırmacının maliyet hesaplamalarında öncelikli olarak aşılama hizmeti için gidilen yörelerde yapılan diğer sağlık hizmetlerinin (gebe izlemi, çevre sağlığı hizmetleri vs) getirisi dikkate alınmamıştır. Ayrıca aşılama oranlarının artması sonucu bulaşıcı hastalıkların azaltılması ile elde edilen sosyal ve ekonomik kazançta hesaplama dahil edilmemiştir.

Bu araştırmanın en önemli çıktılarından biri ilin kendi önceliklerini kendi belirlemesi ve uygun müdahaleyi planlayıp, uygulayacak disiplini kazanmalarıdır. Yöneyim araştırmalarıyla illere merkezden müdahale yerine kendi imkanları içerisinde uygun çözüm yolları bulma ve uygulama anlayışı kazandırılmak istenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarını tüm ülkeye genellemek gibi bir amaç düşünülmemiştir. Ancak, Kahramanmaraş'ın Andırın ilçesinde olduğu gibi ulaşımı zor ve resmi aracın hizmet alanı için yetersiz kaldığı yörelerde sağlık hizmetlerini sunmak üzere sözleşme ile araç kiralama maliyet/etkilili bir yöntem olabilir.

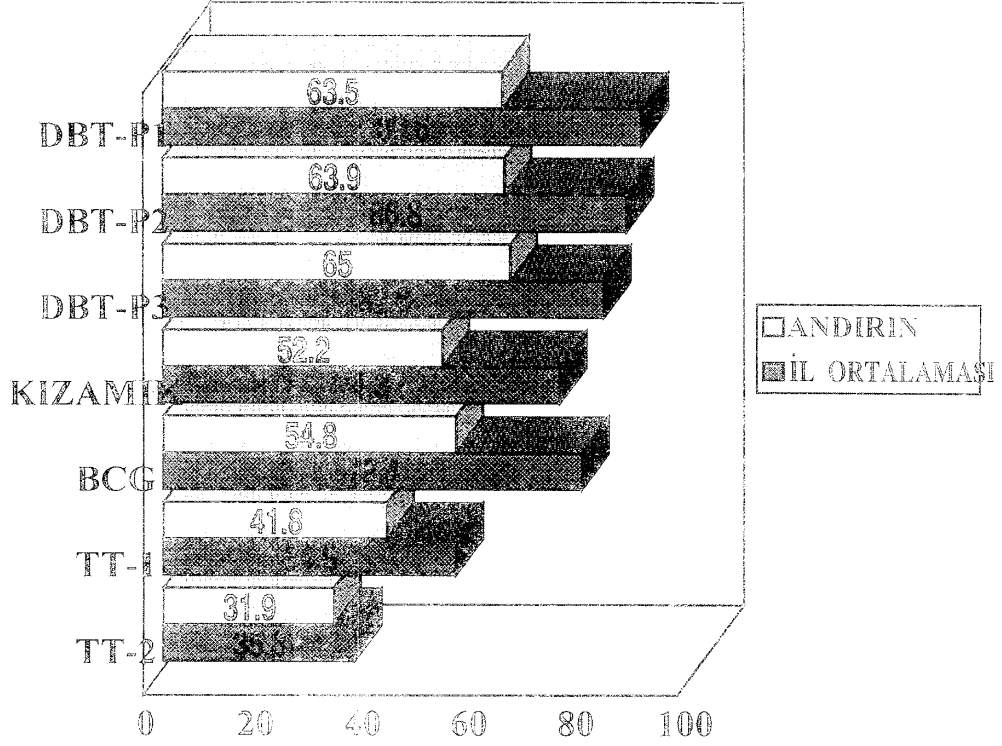
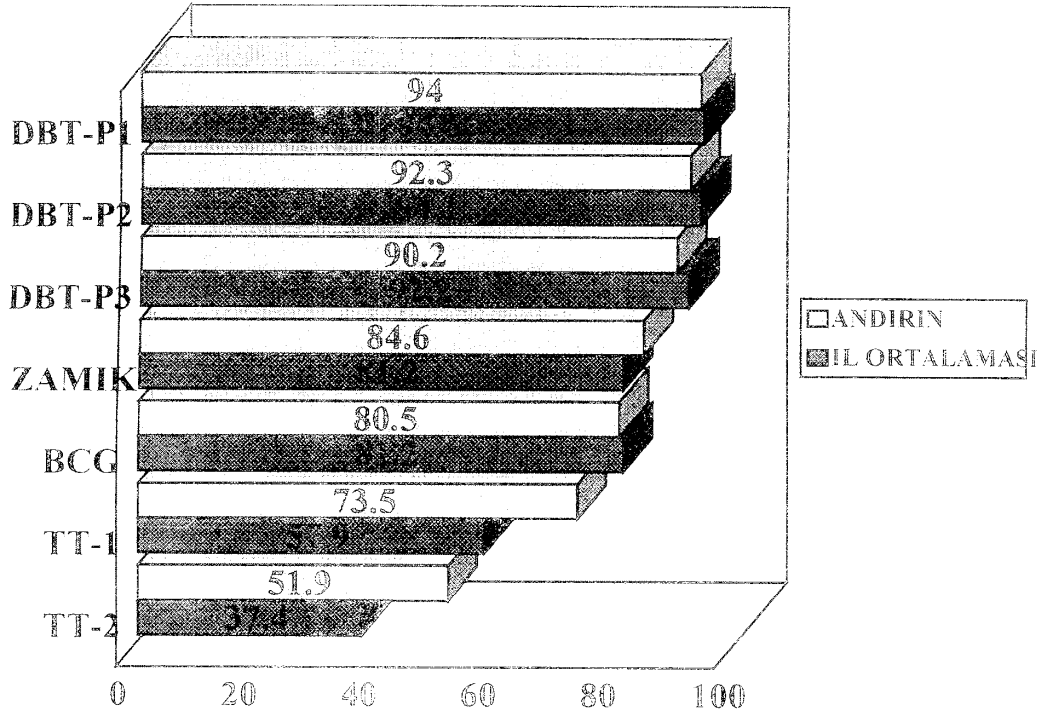
Araç Kiralama Öncesi ve sonrası Aşılama 12 Aylık Başarı Oranlarının Karşılaştırılması

UYGULAMA	RESMİ ARAÇLA AŞILAMA DÖNEMİ			KİRALIK ARAÇLA AŞILAMA DÖNEMİ			KİRALIK ARAÇLA VE RESMİ ARAÇLA BAŞARI % FARKI
	Yapılan Aşı	Başarı % si	İl Ort.	Yapılan Aşı	Başarı % si	İl Ort.	
Hedef	1344			1187			
DBT- Polio I	853	63.5	89.6	1116	94.0	94.6	30.5
DBT- Polio II	859	63.9	86.8	1096	92.3	94.1	28.4
DBT-Polio III	874	65.0	82.6	1071	90.2	92.2	25.2
Kızamuk	701	52.2	74.3	1004	84.6	81.2	32.4
BCG	736	54.8	78.4	956	80.5	81.2	25.7
TT-I	562	41.8	54.8	872	73.5	57.9	31.7
TT-II	429	31.9	35.8	616	51.9	37.4	20
Toplam	5014			6731			

(p<0.0001)

Resmi Araçla Aşılama Dönemi 01/07/1995-30/06/1996 Tarihleri Arasındadır.

Kiralık Araçla Aşılama Dönemi 01/07/1996-30/06/1997 Tarihleri Arasındadır.

1 Temmuz 1995 - 30 Haziran 1996 Aşılama Oranları (Yüzde)
(Müdahale Öncesi)1 Temmuz 1996-30 Haziran 1997 Aşılama Oranları (Yüzde)
(Müdahale Sonrası)

KAYNAKLAR

- Akal, Z. Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri, Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, Ankara 83-108
- Barton E., Mc Mahon R., Piot M., On Being Charge, WHO, Geneve 1980
- Dolu Aydın. Kahramanmaraş İli Yöneyem Araştırması Raporu.
- Dünya Sağlık Örgütü. Alma-Ata Konferansı 1978
- Eren E. Yönetim ve Organizasyon, Beta Basım A.Ş., 1993
- Fisher A., Laing J., Stocchel J., Handbook for Family Planning Operational Research Design. The Population Council, 1983
- Hart & Bond, Elizabeth-Meg. Action Research For Health And Social Care (a guide to practice). Open University Press, Buckingham. 1995
- Iskhikava K.. Quality Control in Japan, Perfamon Press Ltd., New York 1984
- Işık Sönmez. Temel Sağlık Hizmetlerinin Desteklenmesinde Yöneyem Araştırmaları. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 1996
- Project Operational Manual. Second Health Project. World Bank, 1994
- Ünver Ç.. Sağlık Sistemlerinde Yöneyem Araştırmaları, ODTÜ, 1982
- Yozgat O.. İşletme Yönetimi. 5. Baskı, Met/er Matbaası, 1983

EDİRNE'DE SAĞLIK OCAKLARINDA SUNULAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU

Dr. Galip EKUKLU¹, Dr. Ahmet SALTIK², Dr. Sarper ERDOĞAN¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araş. Gör., Edirne.

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Öğr. Üyesi, Prof., Edirne.

ÖZET

Araştırmanın amacı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak hem bölgeyi tanımak, hem de yakın ilişkiler içinde bulunan Edirne Sağlık Müdürlüğü'nün Sağlık Ocakları'nca sunulmakta olan I. Basamak Sağlık Hizmetleriyle ilgili gereksinim duyduğu bilgileri karşılamaktır. Ayrıca;

- Sağlık Ocaklarının; bina, personel, laboratuvar olanakları, araç-gereç bakımından bugünkü durumlarının ortaya konulması ve Türkiye geneli ile karşılaştırılması.
- Sağlık Ocakları'nda kullanılan kayıt ve istatistiklerin doğru ve tam tutulup tutulmadığının ortaya konulması, poliklinik kayıtlarının incelenerek ilk 10 morbiditenin ve II., III. Basamak sağlık kuruluşlarına sevk oranlarının ortaya konulması.
- Araştırma sonunda elde edilecek verilerden yararlanarak I. Basamakta nitelik ve nicelik olarak daha iyi Sağlık Hizmeti verilebilmesi konusunda çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne hizmetlerin geliştirilebilmesi konusunda destek sağlanması amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamına Edirne İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 51 Sağlık Ocağı'nın tümü alınmıştır. Sağlık Ocaklarının 24'ü (%47.0) kentsel, 27'si (53.0) kırsal Sağlık Ocağıdır. Sağlık Ocağı başına düşen ortalama nüfus, kentsel alanda 11 738 kişi, kırsal alanda 3 928 kişidir.

Araştırma kapsamına alınan Sağlık Ocaklarının tamamı, **tek tek ziyaret edilerek veriler yerinde toplanmıştır.** Geliştirilen bilgi ve anket formundaki akışa göre Sağlık Ocağı hizmet alanı ile ilgili bilgiler, Sağlık Ocağı fiziksel donanımı, laboratuvar olanakları, personel bilgileri, motorlu araç durumu, tıbbi malzeme durumu, ivedi girişim olanakları ve Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

Bulgular: Edirne nüfusu, 1996 ETF (Ev halk: Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765. toplam hane sayısı 96 225. bebek nüfusu 4674. çocuk nüfusu 30 188 ve 15-49 yaş kadın nüfusu 109 745 olarak saptanmıştır. Ailelerde ortalama hanehalkı sayısı 4 kişidir. Sağlık Ocaklarının %35.3'ü geçici ya da kiralık binalarda hizmet vermektedir. İncelenen Ocakların %72.5'inde laboratuvar olmadığı, %100'ünde Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu olmadığı ortaya çıkmıştır. Sağlık Ocaklarında her 100 polikliniğe düşen laboratuvar inceleme sayısı 0.026, gebe başına ortalama izleme sayısı 4.7, bebek başına ortalama izleme sayısı 10.6 ve çocuk izleme sayısı ortalama 1.9'dur. Yalnızca Sağlık Ocakları kayıtları kullanıldığında; Edirne için Kaba Doğum Hızı (KDH)=(11.2 Kaba Ölüm Hızı (KÖH)=3.6. Bebek Ölüm Hızı (BÖH)=(17.9'dur.1996 yılında Edirne Sağlık Ocaklarına 301 446 kişi başvurmuştur. Kişi başına başvuru sayısı 0.77'dir. Başvuruların %24.6'sı kontrol ve reçete yinelenmesi, %20.9'u sevklerdir. Özellikle il ve ilçe merkezlerindeki Sağlık Ocaklarında, başta hekim dışı sağlık çalışanları olmak üzere sağlık insangücü dağılımı çarpıktır. Sağlık Ocaklarının kurulmasında nüfus çoğunlukla dikkate alınmamıştır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin en önemli öğelerinden olan bağıışıklama çalışmaları, aile planlaması çalışmaları, gebe-bebek ve loğusa izlemeleri bazı Sağlık Ocaklarında gereği gibi verilememektedir. Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının atama ve yer değiştirmelerinde gerekli özen gösterilememekte, özellikle il içinde tüm çalışanları ve hizmeti olumsuz etkileyen geçici görevlendirmeler sıkça yapılmaktadır.

Sonuç olarak; Edirne'de I. Basamak sağlık hizmeti sunan Sağlık Ocakları bina, donanım, personel, araç-gereç bakımından yetersizlikler içindedir. Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri genel olarak düzensiz tutulmaktadır. Söz konusu sorunlar güçlendirilmiş bir yönetim yapıyla çözülebilecektir.

Anahtar Sözcükler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ocağı

SUMMARY

This study has been conducted in all Primary Health Care Units (PHCUs) of Edirne Province, in 1997.

Objectives: As the Department of Public Health Trakya University Medical School, we aimed both to recognise the district and being in close contact, to encounter the data requirement of Provincial Health Department in connection with the Primary Health Care which are supplied by the PHCUs. In addition:

- Assigning the facilities of PHCUs as of building, health personnel, lab. availabilities, medical equipments and comparing them with rest of Turkey.
- Revealing the quality of records and statistics in terms of accuracy and completeness which are conducted in PHCUs, setting forward The10 Leading Causes of the Morbidity through examining the out-patient diagnoses and calculating the referral rate to the Secondary and/or Tertiary Health Care.

At the end of the study, developing some resolutions via utilising the data collected in order to upgrade both the quality and quantity of health care supplied at the PHCUs and giving support to the Provincial Health Department for realising the so mentioned upgrading purpose.

Materials and Methods: All of the 51 PHCUs affiliated to the Provincial Health Department have been covered by the study of which 24 are urban (47.0%) and the rest 27 (53.0%) are rural. Average population in the catchment area of the PHCUs in rural is 3 928 and 11 738 in urban. The data have been collected by visiting each PHCU covered by the study. In accordance with the order of the pre-tested questionnaire and data form; information about the catchment area of the PHCUs, building conveniences, laboratory facilities, health staff, motor-car, medical equipments, first aid and emergency intervention availabilities and medical and health services records have been gathered.

Findings: The population of Edirne Province on the basis of House Hold Card arranged by the PHCUs in 1996 is 387 766 and the number of houses is 96 225, child population of 0-6 ages is 30 188 and the count of fertile period women (15-49 years) is 109 745. The average number of house hold person is 4.35, 3% of the PHCUs serve either in temporary buildings or in rental estates. 72.5% of the PHCUs investigated in the survey are in lack of laboratory facilities and none of entire has established. The Administrative Board of The PHCU which allows the community participation in the catchment area. Average number of laboratory examination for per out-patient admission is 0.026, average number of prenatal follow-up examination for per pregnant woman is 4.7, average number of follow-up examination for per infant is 10.6 and 1.9 for per 1-6 year child. The total of out-patient admissions in 1996 is 301 446. Per capita number for annual admission is only 0.77. Of those, 24.6% are recurrent visits and aiming prescription repeating and 20.9% for referral demands to the Secondary or Tertiary HCUs. On the ground of PHCUs records only, for Edirne in 1996, CBR is 11.2, CDR is 3.6 (and infant mortality rate is 17.9). Particularly in the PHCUs located in the provincial center and at the centers of townships, health manpower distribution is distorted mainly in term of health staff other than physicians. During the establishing of the PHCUs, the population criterion has not been taken into consideration. In general, Immunisation services, family planning services, follow-up examination of the pregnant women and infants and 1-6 year age children as of the vital essentials of PHC services cannot be rendered throughly. The required delicacy has not been presented with the appointment and the transfer of the both physicians and health staff other than physicians: and the temporary appointments have oftenly been used within the provincial borders which affect the health workers and the health services in a negative manner.

Conclusions: In Edirne, PHCUs are in severe insufficiencies in terms of physical conditions, facilities, health personnel and technical equipments. The health records and statistics are mainly irregular. These problems seem to be easily solved by an improved health management body.

Key Words: PHC (Primary Health Care), health management, public health, health services, health units.

Giriş: Herkes; ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı gözetmeden, erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olma temel hakkına sahiptir (İHEB md 25, 1948). Sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlıklı bir toplum yaratmaktır. Bu olgu başlıca bir amaç olduğu gibi, sosyal ve ekonomik kalkınmanın da en temel araçlarından biridir. Günümüzde ulusların en büyük zenginlik kaynağı, sağlıklı ve eğitilmiş insangücü olarak kabul edilmektedir. Sağlıklı toplumun değeri günümüzde salt etik düzlemde tartışılmamakta, aynı zamanda ekonomik gerekçeler de yaygın olarak benimsenmektedir. Bu bağlamda, sağlık alanında kullanılmayarak tasarruf edildiği sanılan, halk sağlığından esirgenen kaynaklar aslında fazlasıyla geri ödenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar, meslek hastalıkları, iş kazaları bu konuda ilk akla gelen örneklerdir. Büyük boyutlarda kaynak kullanılan sağlık alanında, artık verimli kaynak kullanımı tartışılmaktadır. Bu bağlamda sağlığın korunması ve geliştirilmesi tartışmasız biçimde ciddi olarak öncelik alması gereken bir konudur.

Gelişmekte olan ülkelerde ve bu arada ülkemizde durum tam tersinedir. Sağlık hizmetleri denince akla-neredeysse bütünüyle-hasta sağaltımı gelmektedir.

Bu da kaynakların kıt olduğu söylenen ülkemiz için son derece önemli kaynak yitkilerine neden olmaktadır. (1) I. Basamak sağlık hizmetleri kesin bir öncelik almak durumundadır.

Amaçlar: Edirne'de 51 Sağlık Ocağı'nda verilen olan Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin durumunun ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Bu kapsamda olmak üzere;

Tıp fakülteleri, buldukları bölgede sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunmak için bölgenin sağlık sorunlarını bilmek, yapılacak bilimsel araştırmaları diğer sağlık kuruluşlarına destek sağlamak durumundadırlar. Bu araştırma; Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak hem bölgeyi tanımak, hem de yakın ilişkiler içinde bulunan Edirne Sağlık Müdürlüğü'nün Sağlık Ocaklarında sunulmakta olan I. Basamak Sağlık Hizmetleriyle ilgili gereksinim duyduğu bilgileri karşılamak üzere planlanmıştır. Bu amaçla; "Edirne Sağlık Ocaklarında Sunulan I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu" ve "Edirne Sağlık Ocaklarında Çalışan Pratisyen Hekimlerin Sağlık Ocağı Hekimliğine İlişkin Değerlendirmeleri" adlarıyla iki farklı araştırma planlanmıştır. İlerleyen dönemde hekimdışı sağlık personelinin de incelenmesiyle I. Basamağın profili önemli ölçüde ortaya konulmuş olacaktır.

Yukarıdaki genel amaçlar dışında; Sağlık Ocaklarında verilmesi gereken Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yasal sınırlarının tanımlanması;

Edirne'de Sağlık Ocaklarında verilen I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin bugünkü durumunun ve beklenenden sapmaların ortaya konulması;

Sağlık Ocaklarının; bina, personel, laboratuvar olanakları, araç-gereç bakımından bugünkü durumlarının ortaya konması ve Türkiye geneli ile karşılaştırılması;

Sağlık Ocakları'nda kullanılan kayıt ve istatistiklerin doğru ve tam tutulup tutulmadığının ortaya konulması;

Sağlık Ocağı poliklinik kayıtlarının incelenerek ilk 10 morbidite nedeninin ve II., III. Basamak sağlık kuruluşlarına sevk oranlarının ortaya konulması;

Araştırma sonunda elde edilecek verilerden yararlanarak I. Basamakta nitelik ve nicelik olarak daha iyi Sağlık Hizmeti verilmesi konusunda önerilerin geliştirilmesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne hizmetlerin geliştirebilmesi konusunda destek sağlanması amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem ve Gereçler: Sunulan çalışma; Edirne'de 51 Sağlık Ocağı'nda verilmekte olan Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin Amaçlar başlığı altında belirlenen durumunun ortaya konulması amacıyla Sağlık Ocağı kayıt ve istatistiklerinin incelendiği, hazırlanan bilgi ve anket formu aracılığıyla Sağlık Ocağı donanım ve bina bilgilerinin toplandığı tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Araştırma kapsamına Edirne İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 51 Sağlık Ocağı'nın tümü alınmıştır. Başlangıç olarak, I. Basamak Sağlık Hizmeti veren Sağlık Ocaklarının hizmet alanları ile ilgili bilgileri, fiziksel donanımlarını (bina, lojman), laboratuvar olanaklarını, personel bilgilerini, Sağlık Ocaklarının araç-gereç durumlarını, ivedi (acil) girişim olanaklarını ve Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri ile ilgili bilgileri toplayabilmek için bir bilgi ve anket formu tarafımızdan geliştirilmiştir. Araştırmayla ilgili olarak İl Sağlık Müdürlüğü'nün görüşleri sorularak izin alınmış ve geliştirilen bilgi ve anket formu ödenemeden geçirilerek düzeltilmelerle son biçimi verilmiştir.

İzleyen aşamada araştırma kapsamına alınan Sağlık Ocaklarının tamamı, araştırmacının kendi olanaklarıyla tek tek ziyaret edilerek veriler yerinde toplanmıştır. Geliştirilen bilgi ve anket formundaki akışa göre Sağlık Ocağı hizmet alanı ile ilgili bilgiler, Sağlık Ocağı fiziksel donanımı, laboratuvar olanakları, personel bilgileri, motorlu araç durumu, tıbbi malzeme durumu ve ivedi girişim olanakları ve Sağlık Ocağı'ndan yapılan sevklerde Hasta Sevk Formu (Form 019) kullanılması gibi sorular öncelikli olarak Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimine, hekim bulunmadığı durumlarda (3 Sağlık Ocağı) Tıbbi Sekretere ya da diğer kıdemli Ocak personeline sorulmuştur. Daha sonra Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Bu bölümde, Ocak 1996-Aralık 1996 tarihleri arasında Sağlık Ocağı'nda doldurulması gereken; Aşı Sonuçları Çizelgesi, Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu, Halk Sağlığı Eğitimi Aylık Çalışma Formu, Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgesi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Aylık

Çalışma Bildirim Formu, Aile Planlaması Aylık Çalışma Formu, İshal, Zatürre ve Sekmama Aylık Bildirim Formu ve Aşı Kayıt Fişleri (Form 012 A-B), Sosyal Durum Tablo ları, Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı formlarının tamamı; Ebe Aylık Çalışma Bildirisi, Sağlık Memuru Aylık Çalışma Bildirisi, Hemşire Aylık Çalışma Bildirisi, Ocak Hekimi Aylık Çalışma Bildirimleri %25 örnekleme: 15-49 Yaş Evli Kadın İzleme Formu, Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde yaşayanlara ait Kişisel Sağlık Fişleri, Gebe ve Loğusa İzleme Fişleri, Bebek ve Çocuk İzlem Fişleri bilgileri %10 örnekleme incelenmiştir. Sağlık Ocağı poliklinik defteri bilgileri yıllık poliklinik sayısının az olduğu Sağlık Ocaklarında araştırmacı tarafından, diğer Sağlık Ocaklarında ise Sağlık Ocağı çalışanlarının yardımlarıyla toplanmıştır. (2. 3) Bilgi ve anket formu oluşturulurken, Sağlık Ocaklarında düzenli olarak doldurulması gereken formlar ve bunların doldurulma biçimiyle ilgili olarak; geçmişte yapılan araştırmalarda kullanılan yöntemler incelenen parametreler, 154 Sayılı Yönerge, Türk Tabipleri Birliği'nce (TTB) Türkiye genelinde örnekleme yöntemiyle yapılması düşünülen I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durum Analizi bilgi-anket formundan yararlanılmıştır.

İstatistiksel Analiz: Kayıt ve istatistik formları, Sağlık Ocağı'nın ziyaret edildiği güne değin tüm aylara ait formlar bulunduğu anda "tam", herhangi bir ayın formu eksik olduğunda "eksik", hiçbir aya ait form yoksa "yok" biçiminde değerlendirilmiştir. Laboratuvar olanakları ve tıbbi araç gerecin yeterliliği konuları, hekimlerin gereksinim duydukları inceleme ve girişimleri yapıp-yapamamalarına göre değerlendirilmiştir. Hekim, poliklinikte gereksinim duymasına karşın Sağlık Ocağı'nda yapılabilecek bir inceleme için olguyu bir başka sağlık kuruluşuna göndermek durumunda kalıyorsa "laboratuvar olanakları yetersizdir" biçiminde değerlendirilmiştir. İzleme kartlarında tüm bilgilerin doldurulduğu kartlara "tam", eksik doldurulmalara "eksik", boş bırakılanlara "doldurulmamış" denilmiştir. Araştırma sırasında karşılaşılan en önemli kısıtlılık; araştırma konusunun kapsamı bakımından benzer çalışmaların kıtlığı olmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar daha çok Sağlık Ocağı hizmetlerinin bir bölümünün ayrıntılı bir biçimde incelenmesi biçimindedir. Bizim araştırmamız: Sağlık Ocaklarının bina ve donanımından, kayıt ve istatistiklere, çalışanların hizmetlere ilişkin görüş ve önerilerine değin geniş bir kapsamda gerçekleşmiştir. Bu nedenle ülkenin diğer bölgeleri ya da illerindeki çalışmalarla karşılaştırma olanağı sınırlı olabilmektedir. Sınırlılıklardan bir diğeri, toplanan verilerin Türkiye genelisiyle karşılaştırılmasındaki sıkıntıdır. Bunun nedeni: Sağlık Ocaklarında kullanılan veri toplama formlarında DİE ve DPT gibi kuruluşların kullandığı kimi standartların dikkate alınmamış olmasıdır. Örn. işsizlik oranları, nüfusun evlilik durumu gibi kimi bilgilerin ve uygun yaş gruplarına ait verilerin olmaması nedeniyle sayılan kurumların verileriyle karşılaştırılmamıştır.

Belirtilen formlarla toplanan veriler kodlanarak bilgisayara yüklenmiş ve gerek duyulan istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Edirne'deki 51 Sağlık Ocağı'nın tamamına gidilmiş, elde edilen bilgiler değerlendirilerek aşağıda sunulmuştur. Edirne nüfusu, araştırmada 1996 yılı ETF (Ev halkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765, İl merkezinin nüfusu ise 119 446'dır. Nüfusun %50.2'si erkek, %49.8'i kadındır. Bebek sayısı 4 674 (%1.2), 1-6 yaş çocuk sayısı 30 188 (%7.8), 15-49 yaş kadın sayısı 109 745'tir (%28.3).51 Sağlık Ocağı'na bağlı toplam 251 köy vardır. Bu köylerden 174'ünde (%69.3) Sağlık Evi bulunmaktadır. Sağlık Ocaklarının 9'u (%17.6) Edirne Merkezinde, 3'ü (%5.9) merkeze bağlı köylerde, 15'i (%29.5) ilçe merkezlerinde ve 24'ü (%47.0) bunların köylerinde hizmet veren Sağlık Ocaklarıdır. Araştırma sonunda elde edilen bazı demografik özellikler aşağıdadır:

- Ekonomik kalkınmışlık bakımından ülke genelinde üst sıralarda yer alan Edirne'de nüfusun %11.4'ü okuryazar değildir. Yüksek mezunu olan nüfus ise yalnızca %3.9'dur.
- Edirne nüfusunun %51.1'i herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir.
- Ailelerin yaklaşık %70'i 2 çocuğa, %3.9'u 5 ve daha fazla çocuğa sahiptir. Ortalama hanehalkı sayısı: 4 kişidir.
- Edirne'de hanelerin %84.5'i içme ve kullanma suyu olarak şebeke suyu kullanmaktadırlar. Hanelerin %12.2'sinde ayrı bir mutfak yoktur.

Araştırmaya alınan Sağlık Ocaklarının 24'ü (%47.0) kentsel (ilçe merkezlerinde), 27'si (%53.0) kırsal Sağlık Ocağıdır. Sağlık Ocaklarının kırsal ve kentsel alanda bulunmaları dikkate alınarak Sağlık Ocağı başına düşen ortalama nüfus incelendiğinde: kentsel alanda ortalama 11.738 kişiye 1 Sağlık Ocağı düşerken (min. 655, maks. 29.157 kişi), kırsal alanda 3 928 kişiye 1 Sağlık Ocağı düşmektedir (min. 662, maks. 8.544 kişi).

Sağlık Ocakları bina bakımından incelendiğinde yalnızca %64.7'sinin kendi binasında hizmet verdiği görülmüştür (Tablo 1, Şekil 1).

Sağlık Ocağı binaları mekan olarak incelendiğinde: özellikle prefabrik binalarda hizmet veren Sağlık Ocakları başta olmak üzere, geçici binalardaki Ocaklarda çalışanlar için yeterince oda ayrılmadığı, bazı Ocaklarda RIA (Rahim İçi Araç) uygulaması ve ivedi (acil) girişimler için özel mekanların olmadığı görülmüştür. Sağlık Ocağı hekimlerinin 32'si (%62.8), Sağlık Ocağı binasını yetersiz bulmaktadır. Yine hekimlere göre: poliklinik hizmetlerinde kullanılacak araç-gereç (otoskop, kan basıncı ölçüm aygıtı vb) 15 Sağlık Ocağı'nda (%29.4), tıbbi malzeme, 28 Sağlık Ocağı'nda (%54.9), Sağlık Ocağı ivedi girişim olanakları ise (yer. ilaç, serum, aşı vs) 45 Ocakta (%88.2) **yetersizdir**.

10 Sağlık Ocağı'nda (%19.9) bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kullanılacak donanım (buzdolabı, aşı, şırınga vs) eksik ya da yoktur.

7 Sağlık Ocağı'nda (%13.7) Aile Planlaması hizmetlerinin sunumunda kullanılacak malzeme (hap, kondom vb) bulunmamaktadır.

Sağlık Ocağı laboratuvar olanakları yalnızca 5 (%9.8) Ocakta yeterli durumdadır.37 Sağlık Ocağı'nda (%72.5) laboratuvar yoktur (Tablo 2, Şekil 2). Laboratuvar olanakları kent Sağlık Ocaklarının %16.6'sında, kır Sağlık Ocaklarının %3.7'sinde yeterlidir.

Laboratuvar olanağı olan Ocakların 10'unda (%71.4) hemogloblin ölçümü ve idrar bakısı, 8'inde (%57.1) lökosit sayımı yapılabilmektedir.

Bu durum olanakları yeterli olan Sağlık Ocaklarında da laboratuvar hizmetlerinin yeterince işletilemediğini düşündürmektedir.

Sağlık hizmetlerine toplum katılımını sağlayabilmenin yollarından olan Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları **hiçbir Sağlık Ocağı'nda yoktur**. Hekimlerin çoğu böyle bir Kurulun varlığından da habersizdir.

Sağlık Ocaklarının motorlu araç konusunda oldukça sıkıntılı oldukları görülmüştür. Motorlu araç olan Sağlık Ocağı sayısı 10'dur (%19.6). Ancak motorlu araç olan ve bundan her zaman yararlanabilen Sağlık Ocağı sayısı yalnızca 8'dir. Sağlık Ocaklarına bağlı uzak yerleşim birimlerine hizmet sunulamamasında en önemli sorun olarak gösterilen motorlu taşıt konusuyla ilgili bilgiler aşağıda sunulmaktadır (Tablo 3, Şekil 3).

Sağlık Ocaklarında enjeksiyon, pansuman, aşılama, çevre sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve ivedi girişimlerde kullanılacak araç gereçlerin olup-olmadığı araştırılmış; tüm Sağlık Ocaklarında yalnızca pamuğun yeterli olduğu görülmüştür. Çok kolay ve kullanışlı olması bakımından önemli olan Gram boyama yalnızca 1 Sağlık Ocağı'nda (%1.9) yapılabilmektedir. Vücut ısısını ölçebilecek termometresi olmayan 8 Sağlık Ocağı vardır.

Yerleşim birimlerinin ilçe ya da il merkezine yakın olması ve coğrafyanın uygunluğu nedeniyle Sağlık Ocaklarına ivedi olgular gelmemekte ya da gelen olgular kısa sürede uygun başka bir sağlık merkezine ulaştırılabilmektedir. Ancak yine de bir Sağlık Ocağı'nda bulunması gereken araç-gereç ve ilaçlar bakımından konu incelendiğinde ilginç bulgular elde edilmiştir. Örn.29 Sağlık Ocağı'nda (%56.9) oksijen tüpü vardır. Buna karşın, bazı Sağlık Ocaklarında ivedi durumlarda kullanılacak antihistaminik, adrenalin, atropin gibi ilaçların olmadığı saptanmıştır.

Sağlık Ocaklarıyla ilgili yukarıdaki temel bilgiler elde edildikten sonra kayıt ve istatistiklerle ilgili veriler toplanmıştır. Bu bölümde: rutin olarak her ay Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmesi gereken formlar, Sağlık Ocağı'nda doldurulması gereken form ve izleme kartları ve Kişisel Sağlık Fişleri'nden (KSF) oluşan kayıt ve formlardan yaklaşık 11 000'i incelenmiştir. Sonuçlar aşağıdadır:

KSF'ler 51 Sağlık Ocağının 10'unda (%19.6) kullanılmaktadır. KSF kullanılan Sağlık Ocaklarında bu kartlar incelendiğinde poliklinikte konan tanrıların KSF'lerine kodlandığı Sağlık Ocağı sayısı sıfırdır. Ayrıca, özgeçmiş ve aşılarla ilgili bölümler çoğunlukla boş bırakılmaktadır.

Bağışıklama çalışmalarının yürütülmesi sırasında gerekli olan ve bölgede aşılınması gereken bebek ve çocukların kaydedilerek aşılanıp aşılanmadıklarını izlemeye kullanılan Form 012-A ve B'ler 50 Sağlık Ocağında (%98.0) tamdır. Formların bulunduğu Sağlık Ocaklarının %90'ında (46 Sağlık Ocağı) kullanım düzenlidir.

Sağlık Ocağı bölgesinde ay içinde yapılan bağışıklama çalışmalarının sonuçlarının yazıldığı Aşı Sonuçları Çizelgesi (Form 013) 45 Sağlık Ocağında (%88.2) tamdır.

Sağlık Bakanlığı'nca Edirne'nin 1996 yılı sıfır yaş nüfusu (hedef nüfus) 5 919 olarak bildirilmiştir (Ocak saptamaları 4 674). Buna göre Edirne Sağlık Ocaklarında aşılama oranları; DBT-1 %81, DBT-2 %83, DBT-3 %85, OPV-1 %83, OPV-2 %84, OPV-3 %85, Kızamık %85, TT1 %40 ve TT2+%27'dir. Aynı aşılar için Türkiye oranları sırasıyla %88, %85, %84, %88, %84, %83, %84, %35 ve %32'dir. (4) Aşılama oranları değerlendirildiğinde; Edirne DBT-1, DBT-2, OPV-1 ve TT2 oranları bakımından Türkiye genelinden kötü durumdadır. Sayılan aşılar dışında 1996 yılında yapılan DBT-R 4 328 doz, OPV-R ise 5.754 dozdur. Yalnızca 1 Sağlık Ocağında BCG yapıldığı (80 doz) bildirilmiştir. Tetanus aşılması verilerinde Form 013 ile Form 101 arasında tutarsızlık vardır. Birçok Sağlık Ocağında 3., 4. ve 5. dozların kaydedilmediği görülmüştür. Sağlık Ocağı çalışanlarında bu konuda bazı ikilemelerin yaşandığı anlaşılmıştır. Özellikle 15-49 yaş kadın ve gebelere yapılacak tetanus aşılması konusunda bilgi açığı olduğu izlenmiştir. Aşılama çalışmalarıyla ilgili bir diğer önemli sorun da hedef nüfus konusunda yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Edirne için belirlediği 1996 yılı hedef nüfusu 5.919. Sağlık Ocaklarının ETF kayıtlarına göre hedef nüfus 4.674, formlarla bildirilen canlı doğum sayısı 4 282 (ölen bebek 77) ve yapılan DBT-1 dozu 4.816'dır. Görüldüğü gibi bu konuda 4 farklı rakam vardır. Bu karmaşa doğumların tamamının Sağlık Ocaklarında saptanmadığını düşündürmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın temel ilkelerinden olan "sevk zincirinin işletilmesi," olguların 1. Basamaktan diğer kurumlara sevkinde "Hasta Sevk Formunun (Form 019)" kullanılmasıyla verimli hale gelebilecektir. Bu form 43 Sağlık Ocağında (%84.3) kullanılmamaktadır. Formun doldurulduğu 8 Sağlık Ocağından 6'sına (%75.0) geri bildirim yapılmazken, 2'sine (%25.0) kısmen geri bildirim yapıldığı belirtilmiştir. Gönderilen tüm formlara geri bildirim alındığı Sağlık Ocağı sayısı sıfırdır. (Oysa, Yataklı Sağlık Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi uyarınca bu forma yanıt vermek 2. Basamak uzmanlarının görevlerinden- dir. (5)

Sağlık Ocaklarında sunulan Aile Planlaması (AP) Hizmetlerinin bildiriminde kullanılan Aile Planlaması Aylık çalışma Formu (Form 102) Sağlık Ocaklarının %76.5'inde eksiksizdir. Formlardaki verilere göre Sağlık Ocaklarında 1996 yılında 67 kadına RIA uygulandı. 5 105 kadına Hap verildiği ve 5 497 adet kondom dağıtıldığı saptanmıştır. Bu 3 yöntem dışında Sağlık Ocaklarında verilen başkaca AP hizmeti yoktur. 67 RIA uygulaması 2 Sağlık Ocağında (%3.9) gerçekleşmiştir. Edirne Sağlık Ocaklarında RIA eğitimi almış sertifikalı personel sayısı 7 kişidir (3 Doktor, 4 Ebe).

Ziyaretlerde ebelerin çalışmalarıyla ilgili bilgilenecek amacıyla "Gebe-Loğusa İzlem Fişleri" de incelenmiştir. Gidilen Sağlık Ocağında tüm gebe-loğusa kartları istenmiş, %10 örnekleme rastgele seçilen kartlarda (yaklaşık 450 kart) kimi özellikler incelenmiştir. Formların gebelik ile ilgili bölümü %65.9 oranında tam doldurulmuşken, doğum ve doğan bebekle ilgili bölüm %55.3 oranında tam doldurulmuştur.

Çocuk izleme kartlarında ise anne ile ilgili bölüm %36.7, aşılarla ilgili bölüm %38.8 oranında tam doldurulmuştur. Bu kartlarda en az doldurulan bölüm %14.3 ile ağırlık çizelgesi bölümüdür.

Araştırma kapsamında incelenmesi amaçlanan bir başka form "Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgesi'dir" (Form 023). Form 023, birçok veriyi içermesi bakımından son derece önemli bir form olmasına karşın; 2 Sağlık Ocağında (%3.9) bu formların hiç olmadığı, 4 (%7.8) Sağlık Ocağında eksik olduğu görülmüştür. Bu formun önemli bilgilerinden olan, doğumların gerçekleşme biçimlerine göre dağılımları incelendiğinde; 4 282 canlı doğumun %88'i hekimler tarafından, %10'u ebeler tarafından gerçekleştirilmiştir. 16 doğum ise (%2.0) sağlık personeli olmadan gerçekleşmiştir. Hekimler tarafından gerçekleştirilen doğumlarda sözü edilen yalnızca Sağlık Ocağı hekimi değildir. 1996 yılında Sağlık Ocaklarında 129 düşük saptanmıştır. Düşük olarak bildirilmekle birlikte bunların tamamı düşük değildir. Küretaj olguları da, formlarda bildirimleri olmadığı için düşük olarak bildirilmektedir. Sağlık Ocaklarında 1996 yılında yapılan toplam laboratuvar incelemesi 7 998'dir. Poliklinik sayısı dikkate alındığında her 100 polikliniğe düşen laboratuvar incelemesi sayısı 2.6'dır.

Form 023'lerdeki izlemeler incelendiğinde; gebe başına ortalama izleme sayısı 4.7, bebek başına ortalama izleme sayısı 10.6 ve çocuk başına ortalama izleme sayısı 1.9'dur.

Yalnızca Sağlık Ocakları kayıtları kullanılarak bazı sağlık düzeyi ölçütleri hesaplanacak olursa; Kaba Doğum Hızı (11.2 (Türkiye verisi (22.4). (6) Kaba Ölüm Hızı (3.6 (Türkiye verisi (6.6), Bebek Ölüm Hızı (17.9 (Türkiye verisi (44) (7) olarak ortaya çıkmaktadır.

Araştırmada son olarak poliklinik defterlerinin dökümü çıkarılmıştır. Bu bölümde 51 Sağlık Ocağının 41'inden (%80.4) veriler toplanabilmiştir. 1996 yılında Edirne Sağlık Ocakları polikliniklerine (poliklinik defterlerine kaydedilen) toplam 301 446 kişi başvurmuştur. Edirne nüfusu dikkate alındığında Sağlık Ocaklarına kişi başına başvuru sayısı 0.77'dir. Toplam başvuruların 226 855'i (%75.2) incelenebilmiş; bunların 55 779'unun (%24.6) "kontrol ve reçete yinelemesi" olduğu görülmüştür. Geriye kalan 171 076 poliklinik kaydınının 35 869'unu (%20.9) değişik kurumlara yapılan sevkler oluşturmaktadır. Kontrol-reçete yinelemesi ve sevkler dışındaki başvuruların aldıkları tanıları incelenmiş, toplanan bilgiler 150 Başlıklı A Listesi'ne göre sınıflandırılmıştır. (2) İlk 10 morbidite nedeni Tablo 4'te sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ilk 10 morbiditenin bilinmesi çok önemlidir. Bunun nedenleri; ülkelerin sağlıktaki gelişmişlik ölçütlerinden biri de ilk 10 morbidite nedeni içinde enfeksiyon hastalıklarının ve önlenilebilir diğer hastalıkların bulunup-bulunmaması ya da bulunuyorsa kaç hastalığın olduğudur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelikler belirlenirken bu sıralamanın dikkate alınması ve uygun plan ve programların geliştirilmesi verilecek hizmetleri oldukça olumlu etkileyecektir. Edirne Sağlık Ocaklarından elde edilen verilere göre ilk 10 morbidite nedeni incelenecek olunursa; birinci sırada akut solunum yolu enfeksiyonlarının geldiği, ishalleri hastalıkların ilk 10'a girdiği görülmektedir. Tüm poliklinik kayıtları içinde kontrol ve reçete yinelemelerinin ilk sırada olması da ilginçtir. Daha önce de değinildiği gibi Sağlık Ocakları sağlık sorunlarının çözümlendiği yerlerden çok, reçete yinelemelerinin, istek üzerine sevklerin yapıldığı (%20.9) kurumlar durumuna gelmişlerdir. Toplam 35 869 sevkten 28 026'sı (%78.1) II. Basamak sağlık kuruluşlarına, 7 231'i (%20.1) III. Basamak sağlık kuruluşlarına, 489'u (%1.4) SSK hastanelerine, 30'u Asker hastanelerine, 50'si Verem Savaş Dispanserlerine, 38'i AÇS-AP Merkezlerine, 5'i Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne yapılmıştır.

Tartışma: Edirne'de Sağlık Ocaklarının kurulmasında 224 Sayılı Yasa'nın getirdiği temel ilkeler gözardı edilmiştir. Örn.655 kişinin yaşadığı bir köyde (Musabeyli) Sağlık Ocağı kurulmuş ve 3 hekim atanmıştır. Ancak kurulan bu Sağlık Ocağında bağışıklama çalışmaları gibi çok temel sağlık hizmetleri bile verilememektedir. Edirne'de Sağlık Ocağı açılırken nüfus yoğunluğu pek dikkate alınmamaktadır.

Özellikle il ve ilçe merkezlerindeki Sağlık Ocaklarında başta hekim dışı sağlık çalışanları olmak üzere sağlık insan gücü dağılımı çarpıktır. Örn. kimi Sağlık Ocaklarında ebe yokken merkezdeki kimi Sağlık Ocaklarında ebe sayısı 16'ya dek çıkabilmektedir. İl içinde başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları kısa aralıklarla farklı Sağlık Ocaklarında ya da diğer sağlık kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilmektedirler. Hem çalışanların kurumlara uyumu, hem hizmette güdülenme (motivasyon) hem de yönetimde oluşabilecek boşluklar bakımından bu durum Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumunu olumsuz etkilemektedir. Nitekim kayıt ve istatistiklerin eksik olduğu ya da hiç bulunmadığı Sağlık Ocakları bu tür Sağlık Ocaklarıdır. Geçici görevle kurum değiştiren hekim ya

da diğer sağlık çalışanları güttükleri yeni kuruma uyum sağlayamamakta, sorumluluk üstlenmemektedirler. Aşırı personel döngüsü (turnover) eşgücümü bozmakta, çalışanların motivasyonunu azaltmaktadır. (8) Günay ve ark.1992'de Kayseri İli Sağlık Ocaklarında yaptıkları araştırmada, özellikle atamalarda adil davranılmaması ve sık yer değiştirmelemler İ. Basamak sağlık hizmetlerini olumsuz etkilediğini ortaya koymuşlardır. Sonuçlar bu bakımdan bizim araştırmamızla benzerdir. (9)

İ. Basamak Sağlık Hizmetlerinin en önemli öğelerinden olan bağışıklama, aile planlaması çalışmaları, gebe, bebek ve loğusa izlemeleri bazı Sağlık Ocaklarında yapılamamaktadır. Bunun başta gelen nedenleri arasında; araç-gereç yetersizliği, motorlu taşıt olmaması, güdülenme eksikliği, bilgi açığı sayılabilir. Kayıt ve istatistikler çalışanlarca yeterince ciddiye alınmamaktadır.

Sağlık çalışanlarında genel bir güvensizlik eğilimi vardır. Araştırma sırasında konuşulan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları bu koşullarda daha iyisini yapamayacaklarını düşünmektedirler. Pratisyen hekimler zamanlarının çoğunu Tıpta Uzmanlık Sınavına ayırmakta. Sağlık Ocaklarıyla yeterince ilgilenmemektedirler. Birçok Sağlık Ocağında hekimler döndüğümü (çalışmakta ve İ. Basamak Sağlık Hizmetini yalnızca poliklinik hizmeti olarak vermektedirler. Özellikle Merkez Sağlık Ocakları sevklerin yapıldığı, reçetelerin tekararlancığı kurumlar haline gelmiştir. Sağlık Ocağı çalışanları siyasal baskıların sağlık hizmetlerinde sandığından daha etkili olduğunu, bu konunun özellikle atamalarda ve Sağlık Ocağı kurulmasında ön plana çıktığını savunmaktadır.

Sağlık Ocaklarının 33'ü (%64.7) kendi binasında hizmet vermektedir. 181 (%35.3) Sağlık Ocağı binası olarak planlanmamış geçici ya da kirali binalarda hizmet vermektedir. Sağlık Ocakları kent-kır ayrımı yapılarak incelendiğinde; kendi binasında hizmet veren Sağlık Ocaklarının kır tipi Sağlık Ocaklarında daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni yeni açılan Sağlık Ocaklarının çoğunlukla ilçe merkezlerinde olmasıdır. Kent tipi Sağlık Ocakları açılırken çoğunlukla geçici binalarda hizmete başlamakta, daha sonra Sağlık Ocağı binası yapılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığının bu konuyla ilgili 1995 verileri "Sağlık Ocaklarının %62.3'ü kendi binasında %37.7'si geçici binalarda hizmet veriyor" biçimindedir. (10) Edirne bu bakımdan Türkiye genelinden biraz daha iyidir.

İ. Basamak Sağlık Hizmeti sunan Sağlık Ocaklarının en önemli hizmet alanlarından birisi de bağışıklama çalışmalarıdır. Yapılan incelemece 4 (%7.8) Sağlık Ocağında bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kullanılacak en temel teknik donanımın (buzdolabı, aşı, şiringa vs) olmadığı ya da eksik olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle aşıların Sağlık Ocaklarına zamanında ulaşmadığı vurgulanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde tanı koyma, hekimli yönlendirme bakımından son derece önemli olan laboratuvarın Sağlık Ocaklarında yeterince yararlanılmamaktadır. Sağlık Ocaklarının 37'sinde (%72.5) laboratuvar yoktur. Eszer, 1991'de Bornova Merkez Sağlık Ocağında yaptığı çalışmada, Sağlık Ocağı laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi ve kullanılmasına İ. Basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların önemli bir biçimde yükseldiğini ve halkın Sağlık Ocaklarına olan güveninin arttığını saptamıştır. (11) Aynı sorun Edirne Sağlık Ocaklarında da yaşanmaktadır. Aşırı sevk ve reçete yinelenmesi sorunu ancak nitelikli İ. Basamak sağlık hizmetiyle çözülebilecektir ve laboratuvar kullanımını çözümler belirleyici bir konudur.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı bakımından önemli bir yere sahip olan Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu hiçbir Sağlık Ocağında oluşturulmamıştır. Hekimlerin büyük çoğunluğu böyle bir Kurulun varlığından habersizdir. Bozkaya ve ark.'nın Sivasta yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının ve bu arada hekimlerin Sağlık Ocağı Sağlık Kurullarını hiç bilmediklerini ortaya koymaları bizim araştırmamızla benzerdir. (12)

Sağlık Ocaklarının 41'inde (%80.4) motorlu araç yoktur. Sağlık Ocağına uzak yerleşim birimleri hizmet sunulabilmesi için Merkez Sağlık Ocaklarından. Kaymakamlıktan, Belediyeden araç sağlanmaktadır. Ancak bu her zaman kolay olmamaktadır. Özellikle aşılama çalışmaları başta olmak üzere, gebe ve bebek izlemeleri de aksamaktadır.

Sağlık Ocaklarının gazlıbez, plaster, dezenfektan çözelti, şiringa, eldiven gibi kimi tıbbi araç-gereç konusunda sıkıntılı oldukları gözlemlenmiştir. Örn.20 (%39.2) Sağlık Ocağında tek kullanımlık dil basacağı, 17 (%33.3) Sağlık Ocağında steril eldivan, 50 (%98.0) Sağlık Ocağında Gram boyası gereçleri yoktur. Tıbbi araç-gereç bakımından kır-kent karşılaştırması yapıldığında; ilçe merkezlerindeki Sağlık Ocaklarının bu konuda daha şanslı oldukları görülmektedir. Özellikle kır tipi Sağlık Ocaklarında çalışan hekimler ve hekim dışı sağlık çalışanları merkezle (Sağlık Müdürlüğü) iletişimin yetersiz olduğunu, araç-gereç ve tıbbi malzeme bakımından sıkıntılı olduklarını belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini etkileyen önemli etmenlerden biri olan sosyal güvenlik bakımından Edirne İli incelendiğinde; nüfusun %51.1'inin sosyal güvenceye sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Ülkemiz geneli için bu oran 1993 verilerine göre %21.8'dir. (13) Sosyal güvenlik kapsamındaki %48.9'luk nüfusun ne kadarının sağlık hizmetleri bakımından güvence altında olduğu bilinmemektedir DPT verilerine göre 1993 itibarıyla sigorta kapsamındaki nüfus oranı %78.2 iken, sağlık bakımından sigorta kapsamındaki nüfus %60.1'dir. (13) Sağlık Ocaklarına verilerin toplanması aşamasında bu konuda ayrıntılı bilgi toplanmamaktadır. Nüfusun %21.5'inin çiftçi olması, sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun Türkiye geneline göre daha düşük olmasının bir nedeni olabilir. Sosyal güvencesi olmayanların %53.5'i kadındır.

Ebe Aylık Çalışma Bildirimlerinde saptanan önemli bir eksiklik, küretaja (istemli düşük) ilgili bilgilerin yazılabileceği bir bölümün bulunmasıdır. Bu eksiklik düşük ve gebe sayılarının sağlıklı bildirilmesine neden olmaktadır. Gebe izleme kartlarının çıkarılması için ebeiler 3-4 ay beklemektedirler. İlk 3-4 ay içerisinde diğer yöntemlerle (ultrasonografi, idrar incelemeleri vb) gebelik tanısı konan kadınlar da kayıtlara girmektedir. Herhangi bir nedenle bu dönemde hastanede ya da özel muayenehanede küretaj yaptırıp kaçınan gebe olarak kayıtlara girmezken, küretaj kayıtlarına girebilmektedir. Böylece saptanan gebelik sayısı eksik kalırken, gebelikler içerisinde küretajın oranı yüksek görülmektedir. Oysa ilk 3 ay izlemi ve gebelik öncesinde danışma hizmetleri çok önemsenmelidir (planlı gebelik ve organogenezis dönemi).

Bağışıklama çalışmalarının yürütülmesi sırasında gerekli olan ve bölgede aşılanması gereken bebek ve çocukların kaydedilerek aşılanıp aşılanmadıklarını izlemece kullanılan Form 012-A ve B'ler Sağlık Ocaklarının %98'inde düzenli olarak kullanılmaktadır. Sağlık çalışanları uygulamada kendilerine kolaylık sağladığını belirterek bu formların doldurulmasına özen göstermektedirler.

Sağlık Ocağı kayıtlarının düzenli tutulması, örn. KSF'lerin uygun kullanılması, sevk formlarının her oğru için düzenlenmesi, bildirimlerin doğru ve düzenli yapılması, çevre sağlığı hizmetlerinin gerektiği gibi yapılması durumunda İ. Basamak sağlık hizmetleri daha verimli olabilecektir.

Bozok ve ark., Çocuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 1987'de yaptıkları değerlendirmede, yukarıda sözü edilen işlemlerin düzenli yapılması durumunda, İ. Basamak sağlık kuruluşlarına olacak başvuruların yaklaşık %90 oranında sorunlarının çözülebileceğini öne sürmüşlerdir. (14)

Gebe-Loğusa İzlem Fişleri ve 0-6 yaş Çocuk İzlem Kartları eksik doldurulmaktadır. Hem gebe-loğusa hem de çocuk izleme kartlarında hekim imzalarının büyük oranda eksik olduğu görülmüştür. Bu sonuç ebeilerin denetlenme yollarından biri olan bu kartların hekimlerce yeterince incelenmediğini ortaya koymaktadır.

Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgelerine göre doğumların %99.6'sı sağlık çalışanınca yapılmıştır.16 doğum (%0.4) sağlık personeli olmadan gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığının göre Türkiye geneli için bu oran 1995'te %11.5'tir. (15)

Toplam gebelik sayısı 4 475 olarak ele alındığında; düşük sayısı 129 (%2.9), ölü doğan sayısı 64'tür (%1.4). Türkiye için bu oranlar sırasıyla; 100 gebelikte 21.4 düşük ve 100 gebelikte 1.5 ölü doğum biçimindedir. Edirne Sağlık Ocakları verileri, ölü doğumlar bakımından Türkiye geneline benzerdir. Ancak, düşükler bakımından Türkiye rakamlarına göre yaklaşık 10 kat daha iyi durumdadır. (16)

Yalnızca Sağlık Ocağı verileri kullanılarak kimi sağlık düzeyi ölçütleri hesaplandığında elde edilen rakamların Türkiye genelinden büyük farklılıklar gösterdiği gözlenmektedir. Örn. KDH (%11.2) olarak saptanmıştır. Türkiye geneli için bu rakam (22.4'tür. (6) kaba doğum hızının bu denli düşük olması canlı doğumların tamamının saptanmadığını, kayıtlara geçmediğini düşündürmektedir. Ay-

nı durum KÖH ve bebek ölüm hızı için de geçerlidir.1996 rakamlarıyla Türkiye için (44 olan BÖH, (7) Edirne Sağlık Ocaklarının verilerine göre (17.9; Türkiye geneli için (6.6 olan KÖH Edirne verilerine göre (3.6'dır. Bu sonuçlar kayıtların yeterince doğru olmadığını, doğum ve ölümlerin tam olarak saptanamadığını düşündürmektedir. Oysa Sağlık Ocakları hangi kurumda olursa olsun tüm doğum ve ölümleri saptayıp bildirmekle yükümlüdür.

Edirne'de Sağlık Ocaklarına başvuru oranı kişi başına yıllık 0.77'dir. Her 100 poliklinik başvurusu için yapılan laboratuvar incelemesi sayısı ise 2.6'dır. **Günay**, Kayseri Sağlık Ocaklarında yaptığı araştırmada her 100 poliklinik başvurusu için yapılan laboratuvar incelemesi sayısını il merkezindeki Sağlık Ocaklarında 16, ilçe ve köy Sağlık Ocaklarında ise 4.5 olarak saptamıştır. Bu oranlar bizim araştırmamızda bulduklarımızdan oldukça farklıdır.⁽¹⁷⁾

Özcebe, Etimesgut Sağlık Ocağı bölgesinde yaptığı araştırmada kişi başına sağlık kuruluşuna başvuru oranını 0.59 olarak saptamıştır. İstelik bu orana II. ve III. Basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular da dahildir. Yalnızca Sağlık Ocaklarına yapılan başvuruları dikkate aldığımız araştırmamızda bu oranı 0.77 olarak saptadık.⁽¹⁸⁾

Sağlık Ocaklarına yapılan başvurular ve konulan tanılar incelendiğinde; kontrol ve reçete yinelemelerinin 1. sırada olduğu, olguların %20'sinin II. ya da III. Basamağa sevk edildiği görülmektedir. Sağlık Ocaklarının başvuruların %90-95'inin sağlık gereksinimlerini karşılaması beklenir. Edirne Sağlık Ocaklarında bu oran beklenenin altındadır.

Başvurular aldıkları tanılara göre incelendiğinde; 1. sırada solunum sisteminin akut hastalıkları (ASYE) yer almaktadır. İlk 10 morbidite nedenleri arasında; kemik-kas sistemi ve bağı dokusunun diğer hastalıkları, hipertansiyon, gastrit-duodinit, idrar yolu enfeksiyonları, artrit ve spondilit, grip, enterit ve ishal ile giden diğer hastalıklar yer almaktadır. **Ünsal ve ark.**1993'te Eskişehir Sağlık Ocaklarında yaptıkları araştırmada; solunum yolları enfeksiyonları, hipertansiyon, idrar yolu enfeksiyonları, grip, kemik-kas sistemi ve bağı dokusunun diğer hastalıkları, gastrit-duodinit gibi sağlık sorunlarını ilk 10 morbidite nedenleri arasında saptamışlardır. Sayılan 10 nedenin 6'sı bizim bulgularımızla benzerdir. **Ünsal**, aynı çalışmada Sağlık Ocaklarından sevk oranını %16 olarak belirtmektedir. Bizim araştırmamızdaki sevk oranı ise %20'dir.⁽¹⁹⁾

6. Sonuç ve Öneriler: Benzer yöntemlerle Türkiye genelinde çalışmalar yapılmasında ve bu süreçte öncülüğü Sağlık Bakanlığı'nın yapmasında büyük yarar görülmektedir. Nitekim Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı'nca yerine getirilmeyen bu işlevi üstlenmek üzere yoğun çalışma içindedir. Bu amaçla Türkiye'nin farklı bölgelerinden seçilecek illerde I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durum Analizi adlı bir çalışma planlanmış ve veriler yerel Tabip Odalarının katkılarıyla toplanmaya başlanmıştır. Çalışmamız TTB'nin tasarladığı benzer kapsamlı araştırma için fikir verme gibi bir amaca da hizmet edebilecektir.

1. Hizmet Sunum Modeli Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Sağlık hizmetleri denildiğinde politikacıların, sağlık yöneticilerinin, sağlık çalışanlarının ve halkın aklına sağaltım hizmetleri gelmektedir. Oysa sağlığın korunup geliştirilmesi birinci amaç olmalıdır.
2. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, finansman ve hizmet sunumunda halen yürürlükte olan 224 Sayılı Yasa ilkelerine uyulmaktadır. Bu suçtur!
3. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve dağıtımında siyasal tercihler etkin kılınmıştır. Oysa sağlık kuruluşlarının ve sağlık insangücünün dağılımında nüfus ve yerel gereksinimler, öncelikler temel alınmalıdır.
4. Basamaklararası sevk zinciri kötü işlemektedir.
5. Sağlık Ocaklarında hizmetin planlanması ve sunumu aşamalarında halkın katılımına olanak sağlayacak Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları yasa ve yönetmeliğe karşı oluşturulmamıştır.
6. I. Basamak sağlık kuruluşları olan Sağlık Ocakları gereği gibi işletilebilirse, sağlık gereksiniminin %90-95'i karşılanabilecektir. Böylelikle II. ve III. Basamaktaki işyükü azaltılabilecek, insanların büyük merkezlerde birikmesi, gereksiz yüksek teknoloji kullanımı ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesi önenebilecektir. Türkiye'nin buna çok gereksinimi olduğu tartışma dışıdır. Oysa günümüzde Sağlık Ocakları ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinin verildiği, reçete yinelemelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayene edilmeden ileri Basamaklara "**İstek üzerine**" sevklerin yapıldığı kurumlar durumuna getirilmiştir. Bu durum, hem sağlık çalışanlarını, hem de halkın Sağlık Ocaklarına bakışını olumsuz etkilemektedir. Edirne Sağlık Ocaklarında poliklinik kayıtlarının yaklaşık %20'sini sevkler oluşturmaktadır.
7. BCG aşısı 51 Sağlık Ocağından yalnızca 1'inde yapılmaktadır. VSD'nin bulunduğu ilçeler dışında halkın BCG aşısı yaptırmak için gidebilecekleri sağlık kuruluşu yoktur. Hizmetlerin bütünlüğü (entegrasyonu) ve BCG oranlarının yükseltilmesi bakımından VSD olmayan yerleşim yerlerinde bu hizmet Sağlık Ocaklarında yürütülebilmelidir. Bunun için gerekli olan eğitilmiş personel ve donanım sağlanmalıdır.

2. Sağlık İnsangücü Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Yüz yüze görüşülen pratisyen hekimler, ülke sağlık sorunlarına uygun eğitim alamadıklarını, Sağlık Ocağında verilmesi gereken I. Basamak Sağlık Hizmetleri için güdülenemediklerini belirtmişlerdir. Hekimler zamanlarının önemli bir bölümünü TUS'a ayırmakta. I. Basamak sağlık hizmetini yalnızca poliklinik hizmeti olarak düşünmektedirler.1'den çok hekimin bulunduğu Ocaklarda bu kısır hizmetin de dönüşümlü verilmesi acı ve hızla çözümü gereken bir sorundur.
2. Hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının atama ve yer değiştirmelerinde gerekli özen gösterilememekte, özellikle il içinde tüm çalışanları ve hizmeti olumsuz etkileyen geçici görevlendirmeler sıkça yapılmaktadır. Bunlar en aza indirilmelidir.
3. Edirne'de hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının merkez-taşra dağılımında dengesizlikler vardır. Kimi köy Sağlık Ocaklarında ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreter bulunmazken; merkez Sağlık Ocaklarında yığılmalar vardır. Bu sakınca giderilmelidir.
4. Hekimlere ve hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik hizmetiçi eğitim toplantıları daha sık yapılmalıdır. Bu konuda Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı (İllerde Sağlık Müdürlüğü) ve Tabip Odaları işbirliği yapmalı, çalışanların bilgi ve beceri açıkları giderilmeye çalışılmalıdır. Bu etkinliklere katılım kredilendirilmeli, personel atama, yer değiştirme, yükseltmelerde yararlanılmalıdır.
5. Çalışanlara ve halka yönelik eğitim toplantıları çoğunlukla Sağlık Müdürlüğü'nce belirlenen konularda yapılmaktadır. Bu konuda hekimler inisiyatif kullanmalı, kendi kurumlarına ve bölgelerine özgü, gereksinim duyulan konularda eğitim toplantıları düzenlemelidir.
6. Geçici görevlendirmelerin sık olması otorite boşluğuna neden olmaktadır. Özellikle sık yer değiştiren hekimler Sağlık Ocaklarına uyum sağlayamamakta, sunulan hizmetleri ve tutulan kayıtları yeterince denetleyememektedirler. Bu konuda yeni mevzuat normları ile keyfi uygulamalar engellenmelidir.
7. Sağlık Ocakları Sağlık Müdürlüğü yöneticilerince sık sık ziyaret edilmeli, çağdaş denetim ilkeleri çerçevesinde çalışanlarla iletişim kurulup sorunlar belirlenmeli ve çözümler geliştirilmelidir.

3. Bina ve Teknik Donanım Bakımından Aracın Durumu

1. Sağlık Ocakları bina bakımından yetersizdir. Birçok bina S. Ocağı binası olarak sınıflanıp yapılmamıştır. En azından kiratada düzenli olmalıdır.
2. Kimi Sağlık Ocaklarında, poliklinikte kullanılması gereken en basit gereçler (frensiyon ölçme aygıtı, steteskop, beden termometresi vs.) bile bulunmamaktadır.
3. Sağlık Ocakları araç-gereç, acil malzeme, personel ve motorlu araç bakımından yetersizdir.
4. Sağlık Ocağı laboratuvar olanakları son derece yetersizdir. Kimi Sağlık Ocaklarında ölçümler gerekli incelemeler için Devlet Hastanelerine gönderilmekte ve sonuçlar Sağlık Ocağı verileri gibi bildirilmektedir. Böylelikle hem Devlet Hastanesi, hem de Sağlık Ocağından aynı sonuçlar bildirilmekte, kayıt kilemleri (duplikasyonlar) oluşmaktadır.
5. AP hizmetleri 2 Sağlık Ocağı dışında hap ve konümla sınırlıdır. RIA uygulaması yaygınlaştırılmamıştır. Bu konuda araç gereç ve eğitilmiş personel sıkıntısı çekilmektedir.
6. Aşılama hizmetlerinde kullanılan aşı ve şırınga gibi gereçlerin zamanında Sağlık Ocaklarına ulaştırılmadığı belirtilmektedir.
7. Her köye 1 Sağlık Ocağı olmak zorunda. Varolan Sağlık Ocakları araç-gereç, donanım, eksik personel ve motorlu araç bakımından desteklenmelidir.
8. İ. Basınakta çalışma koşulları iyileştirilmeli, başta laboratuvar olanakları olmak üzere öngörülen standart (örn. DSO standartları) teknolojik olanaklar sağlanmalıdır. Ancak, varolan teknik donanım da uygun bir biçimde kullanılmalıdır.
9. Sağlık Ocakları kayıt-kir bakımından incelendiğinde; kır ilçe Sağlık Ocaklarının araç-gereç ve laboratuvar olanakları gibi konularında daha yetersiz oldukları ortaya çıkmıştır. Bu alanlarda Sağlık Ocakları daha düzenli incelenmeli ve gerekli destek sağlanarak etkinlikleri artırılmalıdır.

4. Kayıt ve İstatistikler Bakımından Durum ve Öneriler

1. Sağlık Ocağı çalışanları kayıt ve istatistiklere yeterince önem göstermemektedirler. Özellikle hekimler bu konuyu yeterince önemsememekte, kayıt ve istatistik konularını sağlık memurları ve sekreterlere bırakmaktadırlar. Kayıt ve istatistikler gereksiz iş yükü olarak algılanmamalıdır. Bu durumda bölgenin ve ülkenin sağlık düzeyini ortaya koymak, öncelikleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak olanaksız duruma gelmektedir.
2. KSF amacına uygun kullanılmamakta, vakaların kollaaması, özgeçmiş ve aşı bölümleri boş bırakılmaktadır.
3. Sağlık Ocaklarının çoğunda aylık gezilme programı yapılmamaktadır.
4. Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmesi zorunlu olan formların cile kimi Sağlık Ocaklarında eksik olduğu görülmüştür.
5. Kırsal kayıtlara cısuk olarak yansımada ya da hiç kaydedilmemektedir. Ebeler çocuk kilo sesleri saptanana değin (yaklaşık 4. ay) gebelere izleme kartı çıkarmamaktadır. B. yanlışlıklar nedeniyle hem gebe sayısı eksik saptanmakta, hem de 2. ve 3. Basınaklardan yapılan kurtaj bildirimleri nedeniyle toplam gebelikler içindeki kurtaj oranları yüksek çıkmaktadır. Ayrıca antenatal bakımın en önemli dönemlerinden olan 1. trimesterde izlemi yapılamamaktadır.
6. Sağlık Ocaklarında toplanan veriler, örn. Sosyal Durum Tablo su ile bildirilen veriler ülke geneli ile karşılaştırma yapmaya uygun değildir. Bu tür formlar geliştirildiğinde DİE ve diğer kuruluşların görüşü alınmalı ve kullanılabilir bilgiler toplanmalıdır.
7. Sağlık Bakanlığı'nca geliştirilen yeni Veri-Kayıt Enformasyon Sistemi, Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla Sağlık Ocaklarına ayrıntılı bir biçimde tanıtılmalı, çalışacak yöntemler erken dönemde önlenmelidir. Bu kapsamda hızlı Sağlık Ocaklarına bilgisayar donanımı sağlanmalı ve standart bir Sağlık Ocağı yazılımı ve cısal merkezle çevrim içi (on line) bağlantı kurulmalıdır.
8. Poliklinik başvurularında tanıların uygun biçimde kodlanması gerekir. Bu kodlama sağlık kuruluşları arasında bir standart sağlayacak ve ülke geneliyle ilgili veriler daha kolay toplanabilecektir. 150 Başlıklı A Listesi çok sınırlı ve yetersiz bir kodlama yöntemidir. Birçok hastalık aynı başlıkla kodlanabilmektedir. Örn. ya daşar 15 farklı v.rüs kaynaklı hastalık A-29 kodu ile kodlanmaktadır.
9. Yukarıda sayılan sakıncaların ortadan kaldırılması ve gerçekleştirildiğinde daha ayrıntılı bilgilere ulaşılabilmesi için, ülkelerarası karşılaştırmalarda sorun yaşanmaması için kısa zamanda 998 Başlıklı Listeye (ICD-X) geçilmelidir.

TABLO 1: Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996).

Bina Durumu	KIR		KIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi Binada	17	20,0	21	77,8	38	64,7
Geçici Binada	3	20,8	5	11,1	8	15,8
Kirada	4	15,8	2	7,4	6	11,6
Hastane binasında	2	3,4	0	0,0	2	3,9
Sağlık Merkezinde	1	3,4	0	0,0	1	1,9
Belediye binasında	0	0,0	1	3,7	1	1,9
TOPLAM	27	100,0	27	100,0	54	100,0

TABLO 2: Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumları (1996)

LABORATUVAR DURUMU	KIR		KIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	12	44,4	24	88,9	36	72,5
Var yetersiz	5	19,2	3	7,4	8	17,7
Var	4	14,8	1	3,7	5	9,8
Toplam	24	100,0	27	100,0	51	100,0

TABLO 3: Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Durumu (1996).

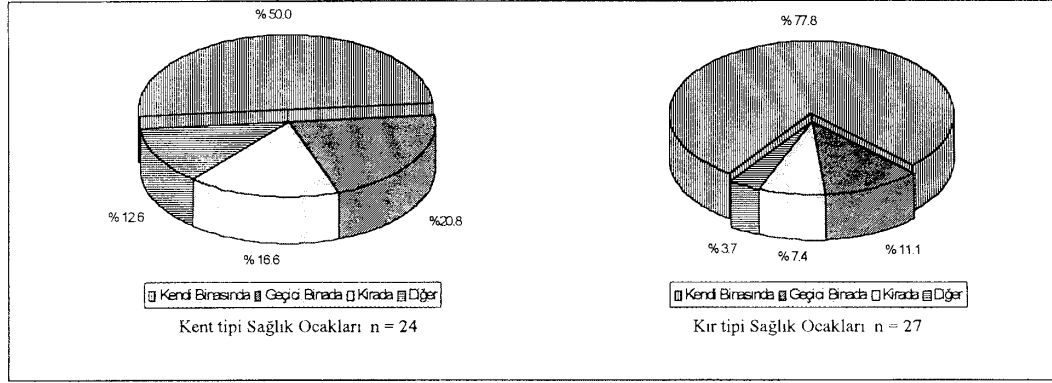
Motorlu Araç Durumu	KIR		KIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Araç yok	10	75,0	23	85,2	33	80,4
Araç var, kullanılabilir	3	20,8	3	11,1	6	15,8
Araç var, arızalı	1	3,2	0	0,0	1	1,9
Araç var, benzin yok	0	0,0	1	3,7	1	1,9
TOPLAM	14	100,0	27	100,0	41	100,0

TABLO 4 : Edirne Sağlık Ocaklarında Poliklinik Kayıtlarına Göre Alınan Tanılar (1996).*

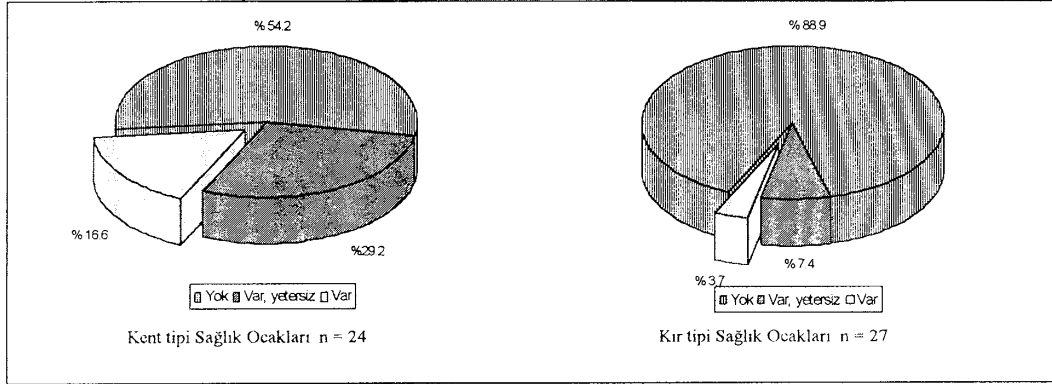
Başvuranların aldıkları tanılar	150 Başlıklı A Listesi kod karşılığı	Sayı	%
Kontrol, reçete yinelenmesi	-	55 779	24.6
Tüm sevkler (I., II., III. Basamak sağlık kuruluşlarına)	-	35 869	20.9
1. Solunum sisteminin akut enfeksiyonları	A-89	53 294	1.1
2. Kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları	A-125	8 800	5.1
3. Hipertansiyon	A-82	8 092	4.7
4. Deri ve deri altı dokusunun diğer hastalıkları	A-120	6 277	3.7
5. Solunum sisteminin diğer hastalıkları	A-96	5 352	3.1
6. Gastrit ve duodinit	A-99	5 034	2.9
7. Üro-genital sistemin diğer hastalıkları	A-111	3 734	2.1
8. Artrit ve spondilit	A-121	2 918	1.7
9. Grip	A-90	2 904	1.7
10. Enterit ve ishal ile giden diğer hastalıklar	A-5	2 863	1.7

* Sağlık Ocağına yapılan ve poliklinik defterine kaydedilen tüm başvurular.

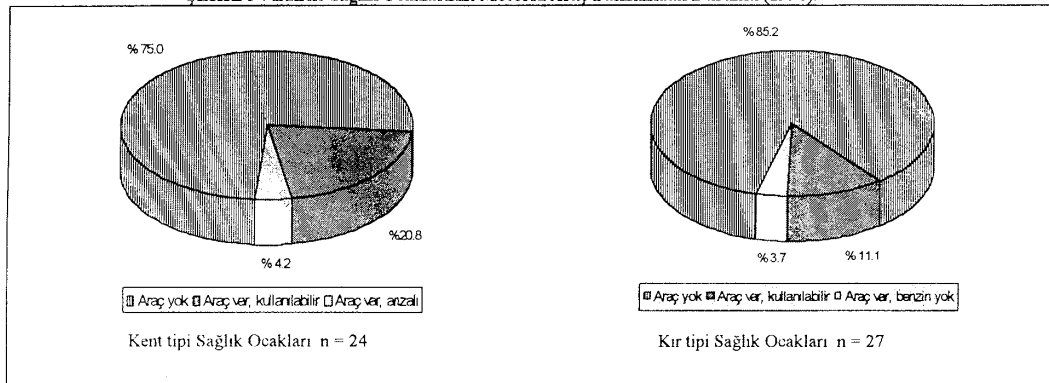
ŞEKİL 1 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996).



ŞEKİL 2 : Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumu (1996).



ŞEKİL 3 : Edirne Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Bakımından Durumu (1996).



KAYNAKLAR (Seçilmiş)

1. Saltık A., Özdemir C., Oktay S., Kiyak M., Eskiocak M., Yüce R. Nasıl Bir Sağlık Sistemi. Uğur Mumcu Araştırmacı Gazetecilik Vakfı'na Sunulan Rapor, İstanbul, 1997.
2. Öztekin Z., Eren N. Sağlık Ocağı Yönetimi. Düzeltilmiş Yedinci Baskı. Palme Yayınları 117, Ankara, 1996.
3. Saltık A. Çanakkale Tabip Odası'nda Düzenlenen "Birinci Basamakta Veri Kayıt Sistemleri ve Önemi" Konulu Seminer Notları. Edirne 1997.
4. -----Sağlık Bakanlığı. TSH Genel Müdürlüğü. Bağışıklama Şube Müdürlüğü Verileri (yayınlanmamış), Ankara, 1997.
5. -----Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı. Başbakanlık Basımevi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 499, Ankara, 1983 (13 Ocak 1983 Tarih ve 17 927 Sayılı Resmî Gazete).
6. -----Country Health Report 1997. Republic of Turkey Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, Aydoğdu Ofset. Ankara, 1997.
7. -----Dünya Çocuklarının Durumu 1997. UNICEF. Tisamat Basım Sanayi A.Ş., Ankara, 1997.
8. Nugroho G.W., Macagba R.L., Darros G.L., Weinstock A. Challenges in Health Development. World Health Forum. Vol.18, 1997, pp.44-7.
9. Günay O., Öztürk A., Aytok M., Öztürk Y. Temel Sağlık Örgütünde Çalışan Personelin Sorunları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Özet Kitabı: s.269-71, Didim, 1994.
10. -----Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Ağustos 1996, Ankara.
11. Eser E. Teknolojik Olanakların Halkın Sağlık Ocaklarına Olan Talebine Etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Özet Kitabı: s.72. Ankara, 1992.
12. Bozkaya Ç., Hoşgeçin K., Teker N., Özdemir D. Halkın Sağlık Hizmetlerine Katılımı Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi, Tutum ve Davranış Özellikleri-Sivas Araştırması. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s.224-26. İstanbul, 1996.
13. -----Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). DPT. Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü, Ankara, 1995.
14. Boztok D., Akmansu H., Polat N., Pehlivan Z. Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Temel Sağlık Hizmetleri İçindeki Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetlerle Erişilen Sağlık Düzeyi Ölçütleri. I. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s.11-12. 1988.
15. -----Çalışma Yılı 1994-1995. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 1997.
16. -----Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü-Demographic And Health Surveys Macro International Inc., Ankara, 1993.
17. Günay O. Kayseri'deki Sağlık Ocaklarında Laboratuvar Hizmetleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Özet Kitabı: s.266-68, İstanbul, 1996.
18. Özcebe H., Oral SN. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde İyileştirici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı.
19. Ünsal A., Dinçer S., Ünlüoğlu İ., Bayuk E.1993 Yılında Eskişehir'de En Çok Görülen 10 Hastalık (Sağlık Ocaklarında). Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Sayı: 4. Ekim-Aralık 1994, s.14-27.

KADINLARA KARŞI ŞİDDETİN NEDEN OLDUĞU SAĞLIK SORUNLARI

Behire ÖZEK¹, T. Tunga TÜZER²¹Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, JHPIEGO Türkiye Temsilcisi²Aile Hekimliği Uzmanı, JHPIEGO Program Geliştirme Sorumlusu

ÖZET

Bu derleme ile son yıllarda giderek artan kadınlara karşı şiddet olaylarının neden olduğu sağlık sorunlarının irdelenmesi ve bu konu ile ilgili farklı disiplinlerin, özellikle de sağlık sektörünün üzerine düşen görevlerin vurgulanması amaçlanmıştır. Ortaya çıkarıldığı sonuçların doğası gereği daha çok kadın-doğum uzmanlarının alanını işgal eden kadına yönelik şiddet olgularına daha duyarlı ve önemsenerek yaklaşılması gerekmektedir.

SUMMARY

This review aims to elaborate on the health problems caused by violence against women escalating in the recent years and to emphasize the roles of various disciplines and especially of the health sector, associated with this problem. Owing to the nature of its outcomes, violence against women constitutes an area of interest mainly for gynecologists and obstetricians, therefore stressing the need for a more sensitive and considerate approach by the said professionals.

Giriş: Kadın hakları ve sorunlarını ele alan en önemli belge olan "Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" Birleşmiş Milletler tarafından kaleme alınarak 1980 yılında imzaya açılmış ve 1981 yılında yürürlüğe girmiştir. Türkiye'nin 1985 yılında imza koyduğu bu sözleşme ülkemizde de 19 Ocak 1986'da yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme taraf devletlerin cinsiyete bağlı olarak herhangi bir ayırım, mahrumiyet ya da kısıtlamaya meydan vermemesi ve kadınlara karşı ayırımı gecikmeksizin ortadan kaldıran bir politika izlemeyi kabul etmelerini öngörmektedir (1). Bu kapsam içinde kadınlara yönelik her türlü şiddet eylemleriyle ilgili bilgi toplanması; toplanan bilgilerin kamusal ve özel yaşamda tecavüz, ensest, zina ve fiziksel şiddetle ilgili verileri de içermesi; bu konuda alınan ve alınacak yasal önlemlerin belirlenmesi de bulunmaktadır (2).

"Kadınlara karşı şiddet" in tanımı için, Eylül 1992 tarihinde Birleşmiş Milletler Kadın Komisyonunun özel bir çalışma grubu bir taslak bildiri hazırladı. Bir yıl sonra bu taslak bildiriyle ilk kez cinsiyete yönelik istismarın resmi tanımı Birleşmiş Milletler'e önerildi ve 1993 yılının sonbaharında Genel Kurul'da kabul edildi.

Bildirinin 1. maddesine göre, "kadınlara karşı şiddet" toplumda ya da özel yaşamda cinsiyete yönelik olarak ortaya çıkan fiziksel, cinsel ya da ruhsal bir hasara neden olan ya da kadının acı çekmesine neden olan herhangi bir eylem, tehdit, baskı ya da özgürlüğünün keyfi olarak kısıtlanması gibi durumlar olarak tanımlanır.

İkinci maddeye göre, tanım yalnızca fiziksel, cinsel ya da psikolojik şiddetle sınırlı değildir. Dayak; kız çocuklarına karşı cinsel taciz; çeyiz, drahoma gibi olgularla ilgili şiddet; evlilik içi tecavüz; kadın sünneti ve kadınlarda çeşitli zararlara neden olan geleneksel uygulamalar; koca harici şiddet; herhangi bir yerde sömürü, çıkar için kadını kullanma ve işinde aşağılama; kadın pazarlanması, kadınların hayat kadını olarak çalışmaya zorlanmaları ve toplumsal olarak kadına karşı yapılan şiddete göz yummak yada umursamamak da bu kapsam içindedir (3).

Sorunun Boyutları: Global olarak büyük bir sağlık sorunu olduğu düşünülen "kadına karşı şiddet" ile ilgili veri eksikliği nedeni ile insidansı ve sağlık açısından getirdiği sorunları tam olarak ortaya koymak imkansızdır. Bu vakaların genellikle resmi olarak kayıtlara geçirilmeyip sümen altı edilmesi şiddet suçları ile ilgili istatistikler içinden ayrılarak cinsel özgü taciz insidansının saptanmasını imkansızlaştırmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde, kurbanlarla ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarına göre aile içindeki çocuk tacizi %2, aile dışı taciz %6, polise bildirilen yetişkin cinsel taciz vakaları da %5-8 dir. Türk kadınlarını ele alan 1990 tarihli bir çalışmada görülen kadınların %18'i kocalarından dayak yediklerini belirtmiştir. Güneydoğu Anadolu'da 1995'de yapılan benzer bir çalışmada ise köylerde yaşayan kadınların %76'sının kocalarından dayak yediği ortaya çıkmıştır (4). Ülkemizde basında yer alan kadına karşı şiddet haberleri üzerinde yapılan bir inceleme, 1993 yılında şiddete maruz kalan kadınların %12.7'sinin cinsel taciz, %24.1'inin ise tecavüz kurbanı olduğunu göstermektedir (5).

Yaşam Boyu Cinsel Yönelik Şiddet Olguları

- **Doğum öncesi:** Cinsel yönelik abortus (Çin, Kore Cumhuriyeti ve Hindistan'da) Gebelik döneminde dövme, (kadın üzerindeki ruhsal ve fiziksel etkileri ve doğumun sonucunu etkilemesi), zorla gebe bırakmak (örneğin savaş sırasında kitlesel tecavüzler).
- **Bebeklik Dönemi:** Dişi bebeğin öldürülmesi, ruhsal ve fiziksel taciz, kız çocuklarına karşı büyüme ve besleme sırasında yapılan ayrımcı davranışlar.
- **Kız çocukluğu Dönemi:** Çocuklarla evlenme, genital mutilasyon (kız çocuk sünneti), aile bireyleri ya da yabancılar tarafından yapılan cinsel taciz, beslenme ve sağlık hizmetlerine gerektiği şekilde ulaşmada zorluk, çocuk istismarı ve çocuk fahişeler
- **Ergenlik:** Flört ve kur yapma sırasında şiddet (örn: Bangladeş'te asit atma, ABD'de flört sırasında tecavüz) ekonomik nedenlerle ergenlerin cinsel ilişkiye bulunmaya zorlama (Afrika'da orta okula giden çocukların okul masraflarını karşılamak için "şeker amcaları" vardır) çalışma yerlerinde cinsel taciz, tecavüz, cinsel aşağılama, satış, fahişeliğe zorlama.
- **Üreme Çağı:** Kadınların kendi eşleri tarafından suistimal edilmeleri, evlilik döneminde olan tecavüz, başlık, drahoma gibi nedenlerle taciz, öldürülme, eşin intiharı, psikolojik taciz, çalışma yerlerinde cinsel taciz, tecavüz, kadının beceriksiz diye aşağılanması
- **İleri yaş Dönemi:** Dulların suistimali, daha ileri yaşlardaki kadınların suistimali, (dünyada sadece ABD'de durumla ilgili veri bulunmaktadır)

Dünya Bankası'nın tahminlerine göre tecavüz ve aile içi şiddet gelişmekte olan ülkelerde demografik olarak kadının üreme çağına ait sağlıklı yılların %5'ini kapsamaktadır. Çin gibi gelişmekte olan ülkelerde, maternal mortalite ve yoksulluk nedeni ile ortaya çıkan hastalıklar nispeten kontrol altında olduğu halde tecavüz ve aile içi şiddet nedeni ile kadının sağlıklı yıllarından %16'sı kaybolmaktadır. Tablo I'de bu kayıplar yaşam süresine etkileri bakımından bazı hastalıklarla karşılaştırılmaktadır (6).

Bazı ülkelerdeki cinsel suçlarla ilgili istatistikler tablo II'de karşılaştırılmaktadır. Cinsiyete yönelik şiddetin sağlık üzerine etkileri ise tablo III'de özetlenmektedir.

Aile İçi Şiddet ve Cinsel Saldırı

Aile içi şiddet yada cinsel saldırıya uğrayan bir kadının sağlıkla ilgili olarak ilk başvuracağı yer ya bir kadın-doğum polikliniği ya da birinci basamakta çalışan bir hekimdir. Bu nedenle bu kurumlarda çalışan sağlık personelinin özelliği olan bu tür bir başvuruya karşılaştığında olayın ayırımı yapabilecek, doğru değerlendirecek, doğru yaklaşımda bulunacak ve tedavi konusunda gerekebilecek durumda olması gerekir.

Aile İçi Şiddet: Ailenin her zaman güvenilecek ve sığınılacak bir cennet olduğu düşünülse de günümüzde kadına karşı şiddet olaylarının en belirgin örneklerine aile içinde rastlanmaktadır. Aile içi şiddet kavramı aile içi bireylerden birinin diğerini suistimalini içerir. Bu suistimal fiziksel, cinsel yada ruhsal davranışlar şeklinde olabilir. Suistimali yapan genellikle aile içinde güç göstermek ve onu devam ettirmek isteyerek kurbanı devamlı kontrolü altında tutar; kurban da genellikle kadındır. Suistimal genellikle utanç ve suçluluk duygularına neden olduğu için kurban bunu kimseye söyleyemez. Bu nedenle elimizde aile içi şiddetin gerçek insidansını yansıtan veriler mevcut değildir.

FBI ve Adalet Bakanlığının verilerine göre ABD'de;

- Her 18 saniyede bir bir kadın dövülmektedir.
- Acil servislerine başvuran kadınların %20'sinde neden dayaktır.
- Acile müracaat eden kadınların hemen yarısında yaralanma dövmeye bağlıdır.
- Tüm kadınların %30'u kocaları, erkek arkadaşları ya da eski kocaları tarafından öldürülmektedir (7).

Bu verilere göre ABD'de evlerin yarısında yılda en az bir kez bu tür bir olay yaşanır.1993 yılında basında haber konusu olan kadına karşı şiddet olguları incelendiğinde kadınların olguların %15.2'sinde dayak, %27.8'inde yaralama ve %41.8'inde cinayete kurban olduğu ve şiddeti uygulayan kişinin %49.4 olayda kadının kocası olduğu görülmektedir. (5).

Bu olaylarda hem suistimal eden hem de suistimal edilen için nedenler sıklıkla artmış yaşam stresi, daha önce suistimale uğramak ya da çocukluğunda evlilik içi şiddete tanık olmaktır. Suistimal eden kişi kendisini genellikle yetersiz hisseder ve mali sıkıntıları olabilir. Kurban da tipik olarak bağımlı, yardıma muhtaç, özgüvensiz hisseder. İleri derece alkol ve madde bağımlılıkları da bu tür ailelerde sık görülür.

İşsizlik, ekonomik sıkıntılar ve kalabalık aile gibi faktörler aile içi suistimal olasılığını körükler. Aile içi şiddet her toplumda, her etnik grup, din ve farklı sosyoekonomik ortamda ve genellikle kadına yönelik olarak ortaya çıkar. Aile ortamında kurban genellikle kadın ve çocuklardır. Çocuklar da şiddetin çeşitli şekillerinden dolayı acı çeker, zarar görürler: fiziksel, cinsel, sözel, duygusal ya da ihmal edilme gibi. Çocuklarda suistimal yaşın getirdiği saflık ya da çocuk bakımı sırasında kurulan ilişki ya da tehdit ve zorlama yoluyla olabilir. Bazen suistimali bir yabancı yapabilir ancak olayların %85'i ebeveyn, büyükanne yada büyükbaba gibi çocuğun tanıdığı kişiler tarafından gerçekleştirilir. Çocuklarda cinsel taciz prevalansının %12-20 olduğu düşünülmektedir. Son çalışmalara göre ergenlere yapılan bu tür saldırılar ve şiddet sonucu ilaç ve alkol bağımlılığı, çok sayıda insanla korunmasız cinsel ilişki, kötü yola düşme ve erken yaş gebelikleri ortaya çıkmaktadır (8-10).

Klinik değerlendirme ve ortaya çıkışı. Aile içi şiddetten ya da cinsel saldırıdan kurtulan kişiler farklı klinik tablolarla sağlık birimlerine başvururlar. Yaralanmaların yanısıra kronik baş ağrıları, abdominal ağrılar, kas ağrıları, tekrarlayan vajinal enfeksiyonlar, uyku ve yeme bozuklukları, dayak yiyen kadınlarda gözlenen klinik tablolardır. Bu konuda ABD (11) ve Yeni Zelanda'da (12) yapılan iki çalışmada saldırıya uğrayan kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının normal kadınlara göre belirgin şekilde daha bozuk olduğu saptanmıştır. Bu kişilerde geç ortaya çıkan klinik tablolar ise hipertansiyon, artrit ve kalp hastalıklarıdır. Aynı şekilde ABD'de dövülen kadınlar dövmeyenlere göre 4-5 kez daha fazla psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duymakta ve daha çok intihar girişiminde bulunmaktadır (13).

Hastalar genellikle jinekologlara **kronik pelvik ağrıdan** yakınır. Ortaya çıkan diğer klinik tablolar ise cinsel işlev bozukluğu, cinsel istegin azalması, disparoni ya da orgazm yokluğu, kronik gastrointestinal sorunlar, irritabl kolon ve kronik abdominal ağrılardır (14, 15).

Bazı kadınlar pelvik muayene öncesi ya da sonrasında aşırı gergin olurlar. Bir kısmı da çok sayıda fiziksel yakınma ve ağrıdan bahseder. Ancak jinekologların en sık karşılaştığı şikayet kronik pelvik ağrıdır. Bazı kadınlarda somatik şikayetler sürer gider. Ancak bu şikayetlerin gerisinde organik yada fizyolojik bir bozukluk olmadığına kesin emin olmak gerekir. Somatik şikayetleri olan kişilerde dikkatli bir anamnez ile asıl sorunun cinsel taciz olduğu ortaya çıkar.

Psikiyatri kliniklerinde kurbanlarda en sık görülen klinik tablo depresyon ya da intihara eğilimdir. İleri derecede anksiyete, uyku bozuklukları, alkol yada uyuşturuculara karşı eğilim artar. Çoğunlukla bu kişilerde posttravmatik stress bozukluğu (PTSB) ortaya çıkar. İzlem çalışmaları tecavüze maruz kalan kişilerde PTSB'nin diğer travmalara maruz kalan kişilerden çok daha fazla görüldüğünü açıkça göstermiştir (16). Bir başka klinik tablo da yeme bozuklukları ve kişilik değişiklikleridir.

Gebelikte aile içi şiddet: Hem anne hem fetusun yaşamını tehdit eden bu konunun özellikle üzerinde durulması gerekir. Gebelikte aile içi şiddetin tahmin edilen prevalansı %8-15'dir. Bazı ailelerde gebelik şiddetin artmasında bir etken olabilir. Gebelikte ilgili ambivalansı olan bazı erkekler için, maddi sorunların çocukla birlikte artacağı korkusu, kadının erkeğe daha fazla bağımlı hale gelmesi, kadının bu dönemde daha az cinsel birlikteliğe yaklaşması şiddeti kamçılayan nedenler olabilir.

Bazı ailelerde de kadınların şiddetle karşılaşmadıkları tek dönem gebeliktir. Gebelikteki şiddet olayları genellikle bildirilmez; ancak kötü sonuçları meydana gelebilir: abdominal travma sonucu abrupsiyo plasenta, fetal ölüm, prematür eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi (17). Anne ve bebeğin organlarında hasar, prematür membran rüptürü ve enfeksiyon da olasıdır. Şiddetin psikolojik etkileri artmış anksiyete, davranış değişiklikleri (sigara ve uyuşturucu madde bağımlılığı) ve yetersiz beslenmedir. Şiddete maruz kalan gebe kadın bu tablolardan herhangi biri nedeni ile klinikte bulursa dahi utanç, suçluluk gibi duygulardan dolayı bildirmek istemez.

Tanı ve tedavi: Aile içi şiddet ya da cinsel taciz tanısı koyabilmek için ayrıntılı bir öykü almak şarttır. Öyküde kişinin eşi ile ilişkisi, problemleri olduğunda nasıl çözdükleri, geçen yıl içinde hiç şiddete maruz kalıp kalmadığı, cinsel ilişkiye zorlanıp zorlanmadığı hakkında sorular normal anamnezin yanısıra sorulmalıdır. Bu sorulardan birine evet yanıtı alınırsa anamnez derinleştirilmelidir. Bu sorular kişiye tek başınayken sorulmalıdır. Şiddete maruz kalan kişi muayene edilmeli ve gerekiyorsa tedavi edilmelidir. Ancak tedavi sonrası kişinin emniyetli bir yere döneceğinden de emin olunmalıdır.

Cinsel Saldırı: Cinsel saldırı genellikle kadına yönelik bir şiddet suçudur. Sanayileşen toplumlarda giderek daha sık görülmektedir. ABD'de kadınların yaşamları boyunca meme kanserine yakalanma şansı ile yaşamlarının bir döneminde cinsel saldırıya maruz kalma olasılıkları eşittir. Bu sonuca göre cinsel saldırı kadının sağlığını en sık tehdit eden nedenlerden biridir. Doktorlar diğer jinekolojik problemlerde olduğu gibi tecavüzde de kadına aynı yakınlık, yardım ve tedaviyi sağlamalıdır.

İnsidans: ABD'de tecavüz en az rapor edilen şiddet suçudur. Resmi makamlara bildirilen olayların tüm tecavüz vakalarının %20'den fazla olmadığını tahmin edilmektedir. Ancak şiddet olayları içinde de gittikçe oranı artmaktadır: 1991 yılında bildirilen olgu sayısı her 100.000 kadında 83'tür. Kaba nüfus istatistikleri kullanılarak hesaplanan yaşam boyu risk kabaca tüm kadınların 1/10'u için mevcut görünmektedir. Tecavüz şehirlerde daha yaygındır. Vakaların yaklaşık %50'si kurbanın kendi evinde meydana gelir. Ülkemizde ise istatistiksel veriler yeterli olmamakla beraber, 1994 yılında ilk kez hapisaneyeye giren suçluların 1318'inin tecavüz suçusu olması bir ölçüde fikir verebilmektedir (4).

Tecavüz eden kişinin genel özellikleri: Tecavüz eden kişiler genellikle korunmasız ve kolay incinebilir kişileri seçerler: yakınlarında yaşayan, minyon, bekar, ilaç kullanan yada sakatlığı olan kişiler. Bazı suçlular için kurbanın sadece kadın olması bile yeterlidir. Ülkemizde tecavüz ve cinsel taciz olayları en fazla 12-16 yaş grubunu hedef almaktadır (%SS735.8) (5). Suçluların %45'i 25 yaşın altında, %30'u 18-24 yaş arasındadır. Yakalanmadan önce birçok kereler teşebbüste bulunmuşlardır. Geriye dönük dikkatli bir araştırmaya ruhsal ve sosyopatik hastalıkların varlığını ortaya koyar. Tecavüzü gerçekleştiren kişi bu işi cinsel temastan zevk aldığı için değil, kurbanını aşağılamak, küçük görmek, korkutmak, zor duruma sokmak için yapar. Tecavüz sırasında genellikle ejakülasyon gerçekleşmez. Bu kişinin ejakülasyon zorluğu olmasından değil kurbanı aşağılamak isteğinden kaynaklanır.

- Tecavüz olayının 3 temel nedeni vardır.
- Güç gösterisi
- Kızgınlık
- Sadizm

Fizik muayene ve değerlendirme: Cinsel saldırı yaşayan kişi kendisini çaresiz, yardımsız hisseder. Bu nedenle bu kişi ile karşılaşacak sağlık personelinin yargılamadan uzak durması, kişiye saygılı davranması ve onun sağlığı ile ilgilendiği, ona bu konuda yardımcı olacağı duygusunu vermesi çok önemlidir.

Acile başvuran bu vakalarda sağlık personelinin mümkün olduğunca anlayışlı ve yardımcı olması gerekir. Acile başvuran kişi CYBH/AIDS gibi nedenlerle başvurduğunu söyleyebilir ya da depresyon, anksiyete, intihar girişimi ile gelebilir. Sağlık personeli dikkatli, ayrıntılı öykü almadığı sürece başvuran cinsel saldırıdan bahsetmeyebilir ve tedavi yanlıgıları ortaya çıkar. Bu tür hastalarda en sık karşılaşılan şey yalanlama ve inkardır.

Bu kişiler ilk görüldükleri zaman başkalarından uzakta, sessiz ve içine kapanık bir vaziyettedir. Bu görünüm kişinin özgüvenini tekrar oluşturma ihtiyacı içinde olduğunu sergiler. Soru sorulurken ve muayene sırasında kişi anlayışlı bir ortam ile karşılaşırsa reddetme gibi direnç mekanizmaları ortadan kalkar ve kişi özel yazamını paylaşmaya başlar.

Ruhsal ve psikolojik travmanın yanısıra çeşitli özel tıbbi problemleri de ele almak gerekir. Dikkatli bir anamnezi takiben jinekolojik öyküde gebe kalma olasılığı ve CYBH kazanma olasılığı değerlendirilir. Saldırı ile muayene arasında geçen sürede başvuran yemek yeme, içki içme, duş alma, vajeni yıkama, idrar ve defekasyon gibi işlevlerde bulunmuş mudur? Bunlar fizik bulguların etkileyebilecek şeylerdir, kaydedilmelidir.

Fizik muayenede travmanın yeri, özelliği (ekimoz, sıyrık, ısırık, zedelenme, yanık), büyüklüğü kaydedilir. Mümkünse bu lezyonların fotoğrafı çekilir. Bazı bölgeler ultraviyole yada Wood lambası ile muayene edilmelidir; çünkü kurumuş semen sıvısı floresans verir. Serum fizyolojik emdirilmiş kurutma kağıdı ile muayene edilen alanlardan alınan örnekler ayrı ayrı muhafaza edilir. Kurbanın tırnakları içinden kazıntı ile örnek alınır. Pubik kılların olduğu bölge taranır ve tarak da incelenmek üzere ayrı bir pakete konulur. Her paketin üzerine başvuranın adı, tarih, örneğin alındığı yer yazılır. Alınan örneklerin paketlenmesi, postaya teslimi ve alıcı tarafından işlem görmesi de özen isteyen, belli prosedüre uyularak yapılması gereken işlerdir.

Vulva ve perine için dikkatli bir inspeksiyon yapılır; ekimozlar, ezikler, sıyrıklar saptanır. Vajen de aynı şekilde gözden geçirilir. Spekulum serum fizyolojikle ıslatıldıktan sonra vajene uygulanır. Emici olmayan pamuklu çubukla vajenden örnek alınır ve steril cam bir tüpe konulur. Aynı sıvıdan alınan bir başka örnek de lam üzerine yayılarak fikse edilmeden havada kurumaya bırakılır. 2 ml serum fizyolojik vajen içine enjekte edilip tekrar geri alınır ve bu sıvıda sperm incelemesi yapılır; sperm genellikle vajende 4-6 saat hareketli kalır. Serviksten alınan Papanicolaou smear'de ise spermin varlığı kalıcı bir şekilde rapor edilir. Buna ilaveten, endoservikal kanaldan alınan kültür materyali gonore yönünden incelenir. Anal yada oral penetrasyon olmuşsa aynı örnekler ağız ve rektumdan da alınır.

Kan grubu ve VDRL için kan örneği alınır. Saldırgan Hepatit B veya AIDS yönünden şüpheli bir kişi ise kan örneğinde bunlara da bakılır. Alternatif olarak bir tüp serum ileri testler için alınır, dondurulur ve saklanır. Şayet saldırı anında kurban hamile ise beta-HCG düzeyi de saptanır.

Toplanan örneklerin doğru işlemlerden geçirilmesi ve örneklerin adının doğru yazılması çok önemlidir. Şayet saldırı yaygın ve ciddi hasarlar vermiş ise sadece tanı ve tedavi yeterli değil, önlem ve eradikasyonda önemlidir. Sağlık personelinin resmi makamlara doğru, tam, güvenilir bilgi sağlaması adalet açısından çok önemlidir.

Tanı ve tedavi: Yasal tetkik ve incelemeler için tıbbi kayıtlarda tanımlayıcı ve tanıyı ayrıntılı bildirmenin yararları vardır. Ancak sağlık personelinin tanıda doğrudan tecavüz ya da tecavüz şüphesi yazması doğru olmaz. Doğru ifade "fizik muayene alınan hikayeyi destekler niteliktedir" şeklinde olabilir.

Gebe kalma olasılığı ya da CYBH gibi acil ve şüpheli durumlarda tedaviye hemen başlanmalıdır. CYBH için genellikle gonore ve klamidya tedavisi verilir. Ancak diğer enfeksiyon olasılıkları da göz önünde tutularak trikomonas, kandida, bakteriyel vajinozis için de tedavi verilmelidir. Olası diğer enfeksiyonlar da herpes, papilloma virus, CMV ve HIV'dir.

Profilaksi için çeşitli tedavi protokolleri vardır; genellikle penisilin yada tetrasiklin verilir. Ekstragenital açık yaraları olanlara tetanoz toksoidi yapılmalıdır. 7-14 gün sonra yeni bir enfeksiyon ortaya çıkma olasılığına karşı bir izlem randevusu verilebilir.

Tecavüz sonrası gebeliğin önlenmesi çok önemlidir. Kişi tecavüz sırasında gebe ise beta-HCG bakılarak sonucuna göre tıbbi tedavi verilir. Tecavüzden sonraki 72 saatte gebelikten korunmak için hormonal profilaksi başlanır. Bu yöntem %95-98 etkilidir, şayet etkili olmazsa fetal hasar riski çok düşüktür. Bu konu hasta ile konuşulduktan sonra hastanın isteği doğrultusunda hareket edilir.

Postkoital kontrasepsiyon için çeşitli yöntemler vardır.50 mikrogram ethinyl estradiol+0.5 mikrogram norgestrel içeren oral kontraseptiflerden (örn:Ovral) muayene sırasında hemen 2 tablet verilir.12 saat sonra 2 tablet daha verilir. Başarısızlık oranı %0.9, bulantı oranı %50'dir. Bu yöntem başarı şansı: en yüksek ve yan etkileri en az olanıdır.

Prognoz: Tecavüze uğrayan kişiye tıbbi yardımda bulunan kişi ruhsal ve psikolojik yönden de yeterli düzeyde ve doğru yaklaşımda bulunursa prognoz oldukça iyidir. Sağlık personelinin yaklaşımı herşeyden önce yargılayıcı olmamalı, hangi nedenle tecavüzün oluştuğunu anlamalı ve hastadan mümkün olduğunca doğru bilgi toplamaya yönelik olmalıdır. Öykü gibi fizik muayene ve örnekle alımı da doğru ve dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Bu konuda uzman bir psikiyatristten anında danışmanlık yardımı alınabilir. Ancak ruhsal travmanın düzelmesi aylar alır. Çoğu hasta ruhsal yönden tam olarak düzelenmez. Kişinin yakın çevresi ve arkadaşlarının tepkileri de bu iyileşmede etkindir. İyileşme dönemi yaşamda rastlanan tüm krizler gibi iki dönemlidir: akut ve uzun süreli dönem. Akut dönem genellikle olayın idraki ve kendi davranışlarını ve ruhsal yapısını tekrar organize ederek uyum sağlaması için geçen süredir. Uzun süreli dönem ise olaydan 2-3 hafta sonra başlar ve kişinin yaşam şeklini değiştirmesi ya da ruhsal dengesini bulması ile devam eden süreçtir. Bazen bu dönem yıllar sürer.

Akut dönem tepkileri korku, çok inanamama ya da reddetmedir. Bu dönemde ruhsal olarak kişi ya ajitedir ya da görülür şekilde hayal kırıklığı içindedir veya daha yaygın olarak kendi içine çekilmiş, ileri derecede sakin ve kontrollüdür. Bu dönemde somatik semptomlar ortaya çıkar. Uyku bozuklukları, gastrointestinal şikayetler (genellikle bulantı), baş ağrıları ve gerginlikten dolayı kas eklem ağrıları, vajinal iritasyon %50'den fazla hastada olur. Rektal ağrı genellikle anal penetrasyonlarda görülür, kanama olasıdır.

Kurbanlarda akut dönemde psikiyatrik semptomlar olabilir. Gergin, organize olamayan, korkulu ve kolaylıkla incinen, kabucları gören kişiler olurlar. Ruhsal olarak çok dengesizdirler. Korku ile suçluluk, öfke ile öz alma arasında gidip gelirler.

Uzun dönemde ise somatik ve psikiyatrik semptomlar daha kalıcıdır: yaşam tarzını ve davranışlarını değiştirmek gibi. Bu nedenle kurbanlar buldukları şehri değiştirirler: ev, telefon numaraları ve işlerini değiştirirler. Aile bireyleri ile ilişkileri, yakınlıkları daha azdır. Kabuclar, fobiler sıkılır. Bazı kişiler evde özellikle yatak odalarında olmaktan, bazıları da dışarıda olmaktan korkar. Endişe, korku paniğe dönüşür. Kalabalıktan, yabancıardan özellikle de erkeklerden aşırı korku duyarlar. Kurbanların yaradan fazlası için daha sonraki yaşamda cinsel ve ruhsal beraberlik kurmak son derece zordur. Nörotik ve psikotik davranış bozuklukları, intihar girişimleri, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılıkları ortaya çıkar. Bu nedenle bu kişilerin uzun süreli destekleyici terapiye ve izlenmeye ihtiyaçları olur.

Sonuç: Cinsiyete yönelik şiddet her ne kadar sağlıklı bir şekilde kayıtlara geçmemekte ise de, en azından daha farkına varılır hale gelmiş ve kadınların bu konuda fiziksel ve ruhsal travmaya maruz kalmasını önlemek için uluslararası ve ulusal düzeylerde çeşitli sektörlerce yapılan çalışmalardan olumlu sonuçlar alınmaya başlanmıştır.

Kadına yönelik şiddetin ciddi sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir. Özellikle psikolojik travmanın yanısıra beden ve genital organlara yönelik fiziksel travmalarda sağlık personelinin nasıl bir yaklaşımda bulunacağını bilmesi gerekir. Konu anne ölümcül, gebelikte şiddete maruz kalan anne ve bebeğin abortustan ölüme kadar giden kötü sonuçlarla karşılaşması, CYBH ya da AIDS edinme, aile planlaması yöntemlerini kullanamama sonucu oluşan istenmeyen gebelikler, kronik pelvik ağrı gibi sonuçları nedeniyle daha çok kadın-doğum uzmanlarının alanını işgal etmektedir. Bu nedenle psikiyatristler, adli makamlar, halk sağlığı uzmanları, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan sağlık personeli gibi çeşitli sektörlerin yanısıra kadın-doğum uzmanlarının da sosyal yönden oldukça büyük bir sorun oluşturan bu konuya hakettiği önemi vermeleri gerekmektedir.

Tablo I. Bazı sağlık sorunlarına bağlı 15-44 yaş arasında kayıp yaşam süresi (6)

Sağlık sorunu	Eksilen-düzeltilmiş kayıp yaşam süresi (milyon yıl)
Annelle ilgili sorunlar	29.0
Sepsis	10.0
Zor doğum eylemi	7.8
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) (HIV dahil)	15.8
Pelvik enflamatuvar hastalık (PID)	12.8
Tbe	10.9
HIV	10.6
Kardiyovasküler hastalık	10.5
Tecavüz ve aile içi şiddet	9.5
Tüm kanserler	9.0
Meme	1.4
Serviks	1.0
Motorlu taşıt kazaları	4.2
Savaş	2.7
Sıtma	2.3

Tablo II. Bazı ülkelerde cinsel suçlarla ilgili istatistikler (6)

Ülke	Kurbanın tanıdığı suçluların yüzdesi	Yaşı 15 ve altı olan kurbanların yüzdesi	Yaşı 10 ve altı olan kurbanların yüzdesi
Lima -Peru	60	-	18
Malezya	68	58	18
Meksika şehri	67	36	23
Panama şehri	63	40	-
Papua Yeni Gine	-	47	13
Santiago-Şili	72	58	32
ABD	78	62	29

Tablo III. Cinsiyete Yönelik Şiddetin Sonuçları**A. Ölümcül olmayan sonuçlar:****1. Fiziksel Sağlık Sorunları:**

- CYBH
- Yaralanma
- PİD
- İstenmeyen gebelik
- Düşük
- Kronik pelvik ağrı
- Baş ağrıları
- Jinekolojik problemler
- Alkol/ilâç istismarı
- Astım
- İrritabl kolon sendromu
- Sağlığa zarar verecek davranışlar (sigara, korunmasız cinsel ilişki)
- Kısmi ya da kalıcı sakatlık

2. Ruh Sağlığı Sorunları:

- Posttravmatik stres bozukluğu
- Depresyon
- Anksiyete
- Cinsel işlev bozukluğu
- Yeme bozuklukları
- Kişilik bozuklukları
- Obsessif-kompulsif bozukluklar
- B. Ölümcül sonuçlar
- İntihar
- Adam öldürme

KAYNAKLAR

1. TC Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesine (CEDAW) Sunulan 2 ve 3. Birleştirilmiş Dönemsel Ülke Raporu. Takav Matbaacılık, Ankara, 1997, s.1.
2. TC Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesine (CEDAW) Sunulan 2 ve 3. Birleştirilmiş Dönemsel Ülke Raporu. Takav Matbaacılık, Ankara, 1997, s.57.
3. Lori L.H., Pitanguy J., Germain A. Violence against women: The hidden health burden. World Bank Discussion Papers 255, 2nd printing, June 1995.
4. TC Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesine (CEDAW) Sunulan 2 ve 3. Birleştirilmiş Dönemsel Ülke Raporu. Takav Matbaacılık, Ankara, 1997, s.90.
5. Aziz A., Köker E., Altun A., Gencel M., Küçük N.T. Medya, şiddet ve kadın: 1993 yılında Türk basınında kadınlara yönelik şiddetin yer alış biçimi. TC Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları. No: 81, Ankara, 1994, s.29-39.
6. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford University Press, New York, 1993.
7. Halfin V., Lehmann D. Domestic violence and sexual assault, in Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 8th edition. Edited by DeCherney AH, Pernoll ML. Appleton & Lange, Norwalk, CO.1994. s.1107-1114.
8. Zierler S., Feingold L., Laufer D., Vaelntgas P., Kontrowitz-Gordon I., Mayer K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. Am J. Public Health 81 (5): 572-75, 1993.
9. James J., Meyerding J. Early sexual experience and prostitution. Am J. Psychiatry 134: 1381-85, 1977.
10. Boyer D., Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child malteratment. Fam Plann Perspectives 24 (1): 4-10. 1992.
11. Koss M., Koss .P. Woodruff J. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. Arch Int Medicine 151: 342-47, 1991.
12. Mullen P.E., Romans-Clarkson S.E., Walton V.A., Herbison P.E. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. Lancet 1: 841, 1988.
13. Stark E., Flitcraft A. Spouse abuse, in Violence in America: A Public Health Approach. Edited by Rosenberg M., Fenley M.A. Oxford University Press, New York, 1991.
14. Koss M., Heslet L. Somatic consequences of violence against women. Arch Fam Medicine 1: 53-59, 1992.
15. Dr. Osman D.A., Leserman J., Machman G., Li Z.M., Gluck H., Toomey TC ve ark: Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Int Medicine 113: 828-33, 1990.
16. Norris F. Epidemiology of trauma, frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. J. Cons. Clin. Psychology 60: 409-418, 1992.
- Bullock L.F., McFarlane J. The birth weight/battering connection. Am J. Nursing 89 (9): 1153-55, 1989.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE DİYABETİN YATIŞ MALİYETİ: BİR HASTALIK MALİYET ÇALIŞMASI

Erhan ESER

Delal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

ÖZET

Amaç: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 1993 yılında diyabete atfedilen yatışlara bağlı harcamalar hesaplanarak diyabetin topluma yüklediği yatış maliyetini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Diyabetin temel yatış nedeni olduğu klinikler seçilerek, hastane bilgi işlem merkezi ve başhekimlik verilerinden yararlanarak yatış maliyetleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Tüm nedenlere ve diyabete bağlı yatış günü ortalamaları sırasıyla 10.1 ve 17.2 gündür. Diyabetli yatışlarının toplam maliyeti tüm nedenlere bağlı yatışların %3.5'ini bulmaktadır. Diyabetli-non-diyabetli maliyet oranı 1.65'dir. Tüm diyabetliler için, yatış başına ortalama maliyet 2047.5 ABD \$; yatış günü başına ortalama maliyet 135.6 ABD \$; diyabete atfedilen yatış başına ek maliyeti 805.7 ABD \$. yatış günü başına ek maliyet ise 15.3 ABD \$'dir.

Sonuç: Türkiye'de diyabet maliyeti en az Avrupa'lı ülkeler düzeyindedir. Diyabete ilgili verilerin eksikliği ve maliyetlerin sağlık kurumuna göre önemli değişiklikler göstermesi nedeniyle bu sonuçlardan yola çıkarak diyabetin ülke genelinde yatış maliyeti hakkında bir yorumda bulunulamaz. Ülke çapında ivedilikle diyabet kontrol programları uygulanmalıdır.

SUMMARY

Purpose: To determine the inpatient episodes, direct allocable costs and costs of the hospitalizations directly attributed to diabetes mellitus in EÜTF hospital in 1993.

Method: Following the selection of the clinics related with diabetes, the data was collected from Hospital Data Processing Centre and hospital directorate records and the inpatient cost figures were calculated.

Findings: Mean length of stay was 17.2 days for diabetics and 10.1 days for all causes. Incremental patient days per inpatient episode attributed to diabetes mellitus was 4.8 days in the selected clinics. Total cost for the diabetic hospitalizations was represented %3.5 of the total costs of all causes. Diabetes/non-diabetes mean cost ratio was 1.65. The mean cost per diabetic episode, and per inpatient day were 2047.5 and 135.6 US \$ respectively. The incremental cost per inpatient episode and per inpatient day attributed to the diabetic patients were 805.1 US ABD \$ and 15.3 US ABD \$ respectively.

Conclusion: These figures may vary widely among the other state hospitals and private hospitals mainly due to the type of the health insurance coverage of the population in Turkey. Country-wide diabetes control programmes should be taken into place immediately.

Giriş: Diabetes Mellitus, gelişmiş ülkelerde morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenlerinden biridir (1, 2). Gelişmekte olan ülkelere ise, hızlı kentleşme ve göçün yaşam tarzını ve alışkanlıkları değiştirerek diyabet prevalansını artırması beklenmektedir. Diyabet, bu hastalıkla birlikte yaşayanların ekonomik yaşam maliyetlerinde çok önemli bir yer tutmaktadır (2). Gelişmiş ülkelerde, diyabete atfedilen sağlık harcamalarının yılda 20-25 milyon Amerikan Dolarını (ABD \$) bulunduğu tahmin edilmektedir (3). İsviçre'de diyabet, tüm hastalıklar içinde doğurduğu maliyet boyutu açısından dördüncü sırada gelmektedir (4). ABD'de kişi başına sağlık harcamaları, diyabetlilerde diyabetli olmayanlara göre dört kat fazladır (5).

Çeşitli çalışmalarda, diyabetin doğrudan (direkt) maliyetinin, toplam maliyetin yarısından fazlasını oluşturduğu ortaya konmuştur (1, 4, 6). Hastane yatış maliyetlerinin ise doğrudan maliyet içinde %50-80'lik bir paya sahip olduğu bildirilmektedir (7, 8, 9, 10). ABD'de hastane yatış maliyetleri açısından Diyabetli-Diyabetli olmayan oranının 1.6 olduğu belirlenmiştir (11).

Amerikan Diyabet Birliği, komplikasyonu olmayan primer diyabetlilerin hastanelerde 1992 yılında 2.3 milyon gün yattıklarını hesaplamıştır (1). Bir diğer araştırmaya göre yine ABD'de 1993 yılında tüm yatışlar içinde diyabete bağlı yatışlar %7.2'lik bir pay almaktadır (12). İngiltere'de yapılan bir alan çalışması, diyabet nedeniyle ve diyabet dışı nedenlerle hastanede ortalama kalış sürelerinin sırasıyla 14.4 gün ve 7.2 gün olduğunu ve diyabet yatışlarının ülkedeki tüm hastane yatışlarının %4.7'sini oluşturduğunu ortaya koymuştur (13). Aynı çalışmada, toplumdaki diyabetlilerin yılda ortalama 4.77 gün hastanede yattıkları, bu sayının diyabetli olmayan popülasyon için 1.01 gün olduğu hesaplanmıştır. İngiltere ve Galler'de yapılan bir diğer çalışmada, yatış başına ortalama hastanede kalış süresinin diyabetliler ve diyabetli olmayanlar için sırasıyla 17.8 ve 11.7 gün olduğu saptanmıştır (14). Diyabetlilerin hastanede kalış süreleri açısından ülkeler arasında ve hatta aynı ülke içindeki değişik bölge ve kuruluşlarda anlamlı farklılıklar vardır. Bu durum Mısır'da olduğu gibi, özellikle gelişmekte olan ülkeler için söz konusudur. Mısır'da yapılan bir çalışmada diyabete bağlı hastanede ortalama kalış süresinin özel hastanelerde 6.2 gün, üniversite hastanelerinde ise 21.7 gün olduğu hesaplanmıştır (15).

İzmir Narloere Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan bir çalışmanın sonuçları, diyabet mellitus'un standardize prevalansının %4.5 olduğunu ortaya koymuştur (16). Sağlık Bakanlığı verileri, Türkiye'deki 1994 yılı toplam hastane yatışlarının %1.27'sinin, toplam hastane yatış günlerinin ise %1.64'ünün diyabetes mellitus'a atfedilebileceğini; diyabete bağlı ortalama yatış süresinin ise 8.6 gün olduğunu göstermektedir (17). Türkiye'de diyabet maliyeti ile ilgili yayınlanmamış bir çalışmada tıp 1 diyabetlilerin yıllık ortalama tedavi ve izlem harcamaları 809.5 ABD \$ olarak hesaplanmıştır (19).

Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1993 yılı yatışları içinde "Diabetes Mellitus" ve yol açtığı kronik komplikasyonların doğurduğu sağlık harcamaları ve doğrudan maliyetlerin hesaplanması; ve Türkiye'de gelecekte diabetes mellitus'un doğrudan maliyeti ile ilgili yapılacak olası araştırmalara bir başlangıç oluşturulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, araştırmanın yapıldığı 1993 yılında yatak kapasitesi 1712, yatak işgal oranı %69, ve tüm yatışlar için ortalama yatış süresi 10.1 gün olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yürütülmüştür. Hastanenin toplam insan günü 3816'dır.

Metodolojinin ilk aşamasında, diyabete bağlı yatışlar (primer veya komplikasyonlu) ile ilgili kliniklerin belirlenmiştir. Bu yaklaşımla, İç Hastalıkları (endokrinoloji ve nefroloji bilim dalları da dahil), Kardiyoloji, Kalp ve Damar Cerrahisi (KDC), Pediatri Göz ve Nöroloji kliniklerinin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir.

Kliniklerin belirlenmesinden sonraki aşamada, her bir klinik arşivindeki 1993 yılı yatışları ile ilgili hasta dosyaları taranarak diyabetli yatışları saptanmıştır. Arşiv taramasında Göz kliniğinde diyabete bağlı komplikasyonların (retinopati) tümünün ayakta izlendiği ve sağaltıldığı, Nöroloji kliniğinde ise diyabetik nöropati tanısının özgün bir yatış nedeni olarak kabul edilmediği, diyabetik nöropatinin İç Hastalıkları Endokrinoloji kliniğinde metabolik kontrol nedeniyle yapılan yatışlar sırasında izlendiği belirlenerek bu klinikler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Diyabetik ayak sorunlarının da benzer şekilde İç Hastalıkları kliniğinde izlendiği saptanmıştır. Sonuçta araştırma kapsamına, diyabetin temel yatış nedeni olduğu dört kliniğin alınması (İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Kalp ve Damar Cerrahisi ve Pediatri) uygun görülmüştür. Bu dört klinikte 761 diyabetli yatışı çalışmanın evrenini oluşturmuştur.

Üçüncü aşama olarak saptanan 761 yatışa ait hasta çıkışı faturaları (hesap özetleri) "Hastane Bilgi İşlem Merkezi" bilgisayarlarından elde edilmiştir. Bu faturaların içerdiği, hastane yatak bedelleri, tıbbi girişimler ve tedaviler, laboratuvar ve tanı testleri, hastaneye hastanın kendisi veya sosyal güvenlik kuruluşu veya sigortası tarafından doğrudan ödenen "Doğrudan Tahsis Edilen Maliyetler"i oluşturmaktadır. Bu çalışmada "Doğrudan Tahsis Edilen Maliyetler" yerine, onun anlamdaşı olarak "Yatış Harcamaları" veya "Harcamalar" terimleri kullanılmıştır.

Dördüncü aşamada, maliyeti oluşturan "Net Hastane Harcamaları" (Paylaştırılan Maliyetler=Overhead costs) ilgili 1993 yılı verileri, dekanlık, başhekimlik, ve rektörlüğün ilgili birimlerinden elde edildi. Sözü edilen bu kalemler; öğretim üyesi, hekim (uzman-uzmanlık öğrencisi), hemşire, tüm teknik personel ve diğer personel maaşları; personel işe giderleri; elektrik ve haberleşme ve yönetim giderleridir. Döner sermaye gelirlerinin tümünü, hasta yatışlarından elde edilen gelirler oluşturduğundan ve hasta gelirleri zaten hesaplamalara dahil edildiğinden ve 1993 yılı sonunda döner sermaye gelirlerinin tümünün harcandığı belirlendiğinden, döner sermayeden harcanan para, iki kez sayıma neden olmamak amacıyla maliyet hesabı dışında tutuldu. Döner sermayeden harcanan ve hesaplama dışı bırakılan sözü edilen bu giderler, çalışanlara ödenen döner sermaye payları, araç gereç ve donanım ile ilgili bakım ve onarım giderleri, hastaların işe giderleri, temizlik giderleri ve ısınma giderleridir.

Çalışmanın sonunda elde edilen Diyabet Yatış Maliyetleri hesaplamasında aşağıdaki eşitlik kullanıldı (18):

$$\text{Diyabet yatış maliyeti} = \text{Doğrudan Tahsis Edilen Maliyetler} + \frac{\text{Net hastane harcamaları}}{\text{Toplam hasta yatış günü}} \times \text{Diyabete atfedilen hasta yatış günleri}$$

Hasta başına sağlık harcamaları ve maliyet kalemleri ile ilgili tüm sonuçlar, TC Merkez Bankasının aylara göre 1993 yılı Efektif Döviz Satış Kuruna göre, Amerikan Dolarına dönüştürüldü. Bu amaçla önce 1993 yılının her ayının ilk gününe ait dolar kuru göz önüne alınarak her ay için bir katsayı oluşturuldu. Daha sonra da hastalara ait hesap özetleri de dahil olmak üzere, tüm maliyet kalemlerinde o aya ait tüm maliyetler, bu katsayı ile çarpıldı. Başhekimlik personeli (yani dekanlığa bağlı olarak çalışan öğretim üyeleri, uzman hekimler, asistanlar ve teknik personel dışındaki çalışanların) maaşlarının aylık dökümü yapılmadığından, bunların maaşlarının aylara ait dökümü, yıllık zam oranları da göz önüne alınarak hesaplandı. Bu hesaplama, aylık maaşları belli olan dekanlık teknik personelinin maaşlarındaki değişimler baz alınarak yapıldı. Buna göre tahmini olarak aylara düşen ağırlıklar hesaplanarak o ayın Amerikan Dolar kuruna çevrildi. Hesaplamalarda Brüt Maaşlar kullanıldı.

Araştırmanın son bölümünde, 761 diyabetli hasta yatışı ile ilgili olarak:

1-Yatış sayıları,

2-Yatış süreleri, ortalama yatış günü,

3-Yatış harcamaları, yatış başına ortalama harcama (YBOH), yatış günü başına ortalama harcama (YGBOH) ve

4-Yatış maliyetleri, yatış başına ortalama maliyet (YBOM), yatış günü başına ortalama maliyet (YGBOM) hesaplandı.

Ayrıca, kliniklere göre, diyabete atfedilen ek yatış günleri, ek harcamalar ve ek maliyetler de hesaplandı. Diyabete atfedilen sonuçlar, diyabetli yatış verilerinin diyabetli olmayan yatış verilerinden çıkarılması ile elde edildi.

Bulgular: 761 diyabetli yatışının %62.3ü erkek, %37.7'si kadın olup, bu yatışların %20.4'ü 0-44; %47.'si 45-64; %32.6'sı 65 yaş ve üzerindedir (tablo 1).

Tablo 1 - Ege Üniversitesi Hastanesinde, seçilmiş kliniklerde diyabetli yatışlarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (1993).

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%*
0 - 44	103	66.5	52	33.5	155	20.4
45 - 64	234	65.4	124	34.6	358	47.0
65 ve üstü	137	55.2	111	44.8	248	32.6
Toplam	474	62.3	287	37.7	761	100.0

*Sütun yüzdesi

Tablo 2'de, seçilmiş dört klinikteki diyabetli ve diyabetli olmayan yatışlarına ait yatış episodları, yatış harcamaları ve yatış maliyetleri gösterilmiştir.

1993 yılı toplam hastane yatışlarının %7.7'si (761/9824) temel yatış nedeni diyabet olan yatışlara aittir. Seçilmiş dört klinikteki tüm yatış nedenleri içinde diyabet yatışlarının yüzdeleri, Kalp-Damar Cerrahisi (KDC) için %21.0 (269/1280); İç hastalıkları için %13.3 (234/1759); Kardiyoloji için %6.2 (230/3699) ve Pediatri için %0.9 (28/3086) olarak belirlendi. Diğer taraftan hastane yatış günleri açısından 1993 yılında dört klinikteki toplam yatış günleri içinde diyabete ait yatış günlerinin payı %10.9 (1488/105060) olarak hesaplandı. Kliniğe göre diyabete ait yatış günlerinin payları, KDC için %20.4 (3598/17599); İç hastalıkları için %16.1 (5192/32312); Kardiyoloji için %9.3 (1722/18602) ve Pediatri için %2.7 (976/36547) olarak belirlendi. Seçilen kliniklerde diyabetlilerin ve diyabetli olmayanların ortalama yatış süreleri sırasıyla 15.1 ve 10.7 gün olarak hesaplandı. Diyabetlilerin ortalama kalış süreleri Pediatri'de 34.9; İç hastalıklarında 22.2; KDC'de 13.4 ve Kardiyoloji'de 7.5 gündü.

Yatış harcamalarının bakıldığında, diyabetik episodların, seçilmiş kliniklerdeki toplam harcamaların %13.4'ünü (862671/6455928 ABD \$) oluşturduğu gözlemlendi. Toplam harcamaların, KDC kliniğinde %28.8'i (522747/1817241 ABD \$); Kardiyoloji kliniğinde %12.6'sı (124681/990466 ABD \$); İç hastalıkları kliniğinde %7.8'i (194904/2500248 ABD \$); ve Pediatri kliniğinde %1.8'i (20838/1148763 ABD \$) diyabetli yatışlara aitti. Diyabet ve tüm yatış nedenleri için yatış başına ortalama harcamalar sırasıyla, KDC için 1943.3 ve 1419.7 ABD \$; İç hastalıkları için 832.9 ve 1421.4 ABD \$; Pediatri için 762.3 ve 372.2 ABD \$; Kardiyoloji için 542.1 ve 267.8 ABD \$ ve dört klinik toplamı için 1133.6 ve 657.2 olarak belirlendi. Yatış günü başına hesaplandığında ise ortalama harcamaların, tüm nedenler için 61.4 ABD \$; diyabetliler için 75.1 ABD \$; ve diyabetli olmayanlar için 59.8 olduğu görüldü.

Seçilmiş kliniklerdeki toplam yatış maliyetlerinin %12.2'si (1557685/12812048 ABD \$) diyabetik episodlara aitti. Her bir klinik

için bakıldığında ise, tüm yatış nedenlerinin oluşturduğu maliyetler içinde diyabetik episodların payı, KDC için %25.7 (740422/2881977 ABD S); İç hastalıkları için %11.4 (509013/4454826 ABD S); Kardiyoloji için %10.8 (228862/2115887 ABD S) ve Pediatri için %2.4 (79388/3359358 ABD S) olarak belirlendi. Pediatri, KDC, İç hastalıkları ve Kardiyoloji kliniklerinde diyabet yatışlarının ve tüm nedenlere bağlı yatışların ortalama maliyetleri sırasıyla 2835.3 ve 1088.6; 2752.5 ve 2251.5; 2175.3 ve 2532.6; ve 995.1 ve 572.0 ABD S idi. Dört klinik toplamı için ise bu değerler yine sırasıyla 2046.9 ve 1307.2 ABD S olarak hesaplandı. Yatış günü başına hesaplandığında ise ortalama maliyetlerin, tüm nedenler için 121.9 ABD S; diyabetliler için 135.6 ABD S; ve diyabetli olmayanlar için 120.3 olduğu görüldü. Diyabetli-Diyabetli olmayan ortalama yatış maliyeti oranı seçilmiş kliniklerde 1.65 (2047.5/1241.8) olarak hesaplandı.

Tablo 3 - Ege Üniversitesi Hastanesinde, seçilmiş kliniklerde diyabet yatışlarına atfedilen ek yatış süreleri, ek harcamalar ve ek maliyetler (1993).

Klinik	Yatış episoduna başına Ek yatış günü	Yatış başına Ek Harcama ABD S	Ek Maliyet	
			Yatış başına ABD S	Yatış günü başına ABD S
İç hastalıkları	4.41	- 678.6	- 412.1	- 47.5
Pediatri	23.23	357.5	1781.5	- 10.4
Kardiyoloji (C)	2.62	292.5	451.1	21.1
Kalp - Damar cerrahisi (KDC)	- 0.47	662.9	634.2	52.8
(C) + (KDC)	3.77	815.3	1043.3	51.7
TOPLAM	4.78	516.4	805.7	15.3

Tablo 3'de, yatış başına diyabete atfedilen ek yatış süreleri, ek ortalama harcamalar ve yatış günü başına diyabete atfedilen ek yatış süreleri, ek ortalama harcamalar ve maliyetler izlenmektedir. Seçilmiş dört kliniğin toplamı için diyabete atfedilen ek yatış süresi 4.78 gün; yatış başına ortalama ek harcama 516.4 ABD S; yatış başına ortalama ek maliyet 805.1 ABD S; ve yatış günü başına ortalama ek harcama ve ek maliyet 15.3 ABD S olarak belirlenmiştir. Diyabete atfedilen ek yatış süreleri, İç hastalıkları kliniğinde 4.41 gün; Pediatri kliniğinde 23.23 gün; Kardiyoloji kliniğinde 2.62 gündür. KDC kliniğinde diyabetli olmayan yatışlara atfedilen ek yatış süresi ise 0.47 gün olarak bulunmuştur.

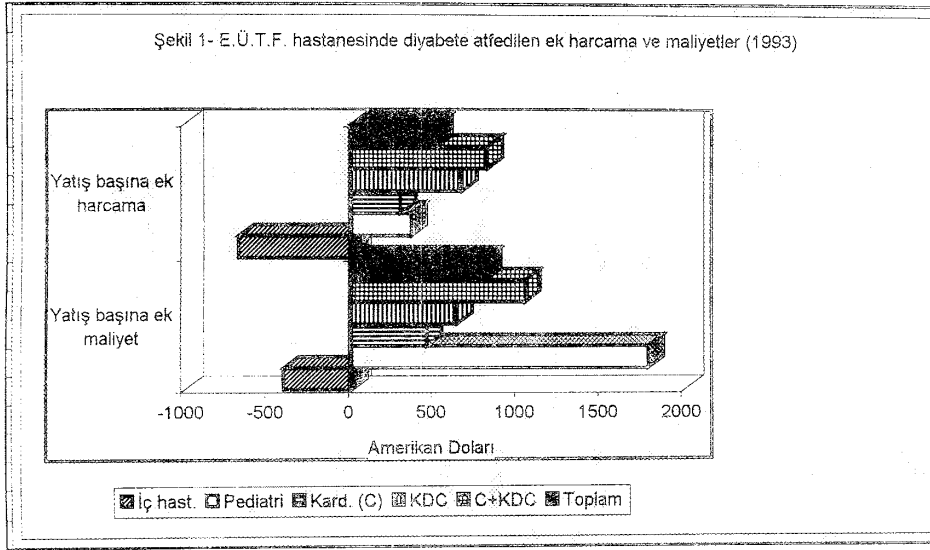
Diyabete atfedilen ortalama ek harcamalar ve ek maliyetler sırasıyla, KDC kliniğinde 662.9 ve 634.2 ABD S; Pediatri kliniğinde 375.5 ve 1762.7 ABD S; Kardiyoloji kliniğinde ise 292.5 ve 451.1 ABD S'dir. İç hastalıkları kliniğinde ise diyabet dışı nedenlere atfedilen ortalama ek harcamalar ve ek maliyetler sırasıyla 678.6 ve 412.1 ABD S'dir. Yatış günü başına ek maliyetler, KDC ve Kardiyoloji kliniklerinde diyabetlilere atfen sırasıyla 52.8 ve 21.1 ABD S iken, İç hastalıkları ve Pediatri kliniklerinde diyabetli olmayanlara atfen sırasıyla 47.5 ve 10.4 ABD S olarak saptanmıştır (tablo 3, şekil 1).

Tablo 2- Ege Üniversitesi Hastanesinde kliniklere göre diyabetli ve diyabetli olmayanların hastane yatışları, yatış barcamaları ve maliyetleri (1993)

Klinik	Hastalık	Yatış epizodu		Yatış günü		Ortalama yatış süresi		Toplam yatış barcaması		Yatış başına ortalama barcaması		Yatış başına ortalama maliyet		Yatış başına ortalama maliyet				
		sayı	%*	gün	%*	gün	%*	ABD \$	%*	ABD \$	%*	ABD \$	%*	ABD \$	%*	ABD \$		
	DM.**	234	13.3	5192	16.1	22.2	18.35	194904	7.8	832.9	871.8	37.5	509013	11.4	2175.3	1723.5	98.0	
	non-DM	1525	86.7	27120	83.9	17.8	-	2305053	92.2	1511.5	-	85.0	3945813	88.6	2587.4	-	145.5	
	AH toplam	1759	17.9	32312	30.8	18.4	-	2500248	38.7	1421.4	-	77.4	4454826	34.8	2532.6	-	137.9	
	DM.	28	0.9	976	2.7	34.9	40.42	20838	1.8	726.3	618.9	21.4	79884	2.4	2853.0	2981.5	81.8	
	non-DM	3058	99.1	35571	97.3	11.6	-	1127925	98.2	368.8	-	31.7	3279899	97.6	1072.6	-	92.2	
	AH toplam	3086	31.4	36547	34.8	11.8	-	1148763	17.8	372.2	-	31.4	3359783	26.2	1088.6	-	91.9	
	DM.	230	6.2	1722	9.3	7.5	6.12	124681	12.6	542.1	676.1	72.4	228862	10.8	995.1	900.5	132.9	
	non-DM	3469	93.8	16880	90.7	4.9	-	865785	87.4	249.6	-	51.3	1887025	89.2	544.0	-	111.8	
	AH toplam	3699	37.7	18602	17.7	5.0	-	990466	15.3	267.8	-	53.2	2115887	16.5	572.0	-	113.7	
	DM.	269	21.0	3598	20.4	13.4	12.78	522747	28.8	1943.3	2282.7	145.3	740422	25.7	2752.5	2780.2	205.8	
	non-DM	1011	79.0	14001	79.6	13.9	-	1294494	71.2	1280.4	-	92.5	2141555	74.3	2118.3	-	153.0	
	AH toplam	1280	13.0	17599	16.8	13.8	-	1817241	28.1	1419.7	-	103.3	2881977	22.5	2251.5	-	163.8	
	DM.	761	7.7	11488	10.9	15.1	16.69	863170	13.4	1134.3	1610.5	75.1	1558181	12.2	2047.5	2012.2	135.6	
	non-DM	9063	92.3	93572	89.1	10.3	-	5593257	86.6	617.2	-	59.8	11254292	87.8	1241.8	-	120.3	
	Genel	9824	22.9	105060	24.3	10.7	-	6456427	34.9	657.2	-	61.4	12812473	100.0	1304.2	-	121.9	
	Toplam																	
	TOPLAM HASTANE YATIŞLARI	42908		432943		10.1	-	18493574		431.0	-	42.7	44686625		1041.5	-	103.2	

* AH toplam yüzdeleri genel toplam içinde, diyabetli ve non-diyabetli yüzdeleri alt toplamlar içinde, genel toplam yüzdesi toplam hastane yatışları içindedir.

** Diabets mellitus



Tartışma: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (EÜTF) 1993 yılı verileri ve 1994 yılı Sağlık Bakanlığı (SB) verilerindeki (17) toplam yatışların sırasıyla %1.7 ve 1.3'ünü diyabet nedeniyle olan yatışlar oluşturmaktadır. SB verilerinin, diyabetin gerek temel yatış nedeni gerekse eşlik eden yatış nedeni olduğu yatışları içermesi nedeniyle EÜTF verilerine göre daha yüksek bir yüzdeye sahip olması beklenirdi. Bu durum, bakanlık verilerindeki birdirim eksikliği ile açıklanabilir. Benzer bir yorum EÜTF'de %2.6, SB verilerinde %1.6 olan toplam hasta günleri içinde diyabetli hasta günü yüzdesi açısından bakıldığında da yapılabilirse de, EÜTF'de 15.1, SB verilerinde 8.6 olan ortalama diyabetli yatış süresi, yukarıdaki yüzde farkını kısmen açıklayabilir. İngiltere ve Gallerde %1.6 (14), ABD'de %7.2 (1) olan toplam yatışlar içinde diyabetli yatış episode yüzdesi ile karşılaştırıldığında EÜTF'deki %1.7'lik yüzde beklendiği gibi Avrupa verilerine daha uyumlu gözükmektedir. ABD, İngiltere ve Galler, ve İsveç'te sırasıyla 6.2; 14.4 ve 17.8 ve 26.0 gün (1, 4, 13, 14) olan ortalama diyabetli yatış sürelerine bakıldığında da EÜTF'deki 15.1 günlük ortalamanın yine Avrupa verilerine daha yakın olduğu ortaya çıkmaktadır. Kuzeyli ülkeler arasındaki bu anlamlı farklar temel olarak sağlık ve finansal sistemlerindeki önemli farklılıklara atfedilebilir. Mısır'da Arab'in yaptığı çalışmanın sonuçları, özellikle gelişmekte olan bir ülkede aynı ülke içindeki farklı kurumlarda bile ortalama yatış süreleri arasında anlamlı farklılıklar olabileceğinin iyi bir göstergesidir. Bu çalışmada ülkedeki ortalama diyabetli yatış süresi üniversite hastanelerinde 21.7 gün, özel hastanelerde ise 6.2 gün olduğu bulunmuştur (15). Türkiye'de de benzer şekilde tüm nedenlerden yatış ortalamaları üniversite hastanelerinde 10.7, devlet hastanelerinde ise 6.9 gündür. Özel hastane verileri hakkında bilgimiz yoktur. Bu verilerden yola çıkarak, EÜTF hastanesinde ortalama diyabet yatış süresinin yüksek oluşunun bir olası nedeni, hastanede yatan hastaların yaklaşık %90'ının sosyal güvenlik kurumlarının güvencesi altında oluşlarıdır.

Çalışma kapsamındaki üç dahili dal kliniğini göz önüne aldığımızda, tüm yatışlar içinde diyabet yatışları yüzdesi ve toplam yatış günleri içinde diyabetli yatış günleri yüzdesi sırasıyla %5.8 ve 9.0 olarak hesaplanmıştır. Bu rakamlar İsveç için yine sırasıyla %9 ve %50'dir. İsveç'te daha çok diyabetli yatışı olduğu ve yatış sürelerinin EÜTF hastanesinden çok daha uzun olduğu görülmektedir. Yine, toplam yatış günleri içindeki diyabetli yatış günü yüzdesi açısından EÜTF'deki %2.6'ya karşılık İngiltere ve Galler (13)'deki %4.7'lik yüzde, en azından diyabetlilerin Birleşik Krallıkta daha çok hastaneye yatırıldıklarını ortaya koyuyor çünkü ortalama yatış süreleri hemen hemen aynı olduğunu biliyoruz.

Bu çalışmadaki en büyük ortalama yatış süresi pediatri kliniğindeki diyabetli yatışlarına aittir. Bunun nedeni, çocuklarda uygulanan uzun süreli immünoterapidir.

Yatış başına diyabete atfedilen ek yatış süresi tüm klinikler için 4.8 gündür. Klinikler içinde en uzun ek yatış süresi 23.23 gün ile yukarıda değinilen nedene bağlı olarak pediatri kliniğine aittir. Amerikan Diyabet Birliğinin (ADA) 1993 yılında yayınladığı raporda, diyabetin tüm komplikasyonlarına atfedilen ek yatış süresinin 2.8 gün olduğu, endokrin metabolik komplikasyonlarda ise diyabet dışı nedenlere atfedilen 0.6 günlük bir ek yatış süresi bildirilmiştir (1). Bu çalışmada İç Hastalıkları kliniğinde saptanan diyabete atfedilen 4.41 günlük ek yatış süresinin ADA'nın verileri ile uyuşmamasını EÜTF İç Hastalıkları kliniğinde saptanan renal, nörolojik ve ayak komplikasyonlarının da izlenmesine bağlayabiliriz. Yani bu çalışmanın sonuçları veri ulaşılabilirliği açısından diyabetin metabolik komplikasyonları ile ilgili net sonuçlar vermekten uzaktır. Bu araştırmanın bulguları, by-pass operasyonu geçiren diyabetlilerin ortalama yatış süresinin 14.21 gün, periferik damar operasyonu geçiren diyabetlilerde ise 12.2 gün olduğunu ortaya koymuştur. Genel olarak KDC'de yatmış olan diyabetli olmayan hastaların, diyabetlilere göre ortalama 0.47 gün daha uzun süre yatışları gözlenirse de, by-pass operasyonu geçiren diyabetliler lehine 0.31 günlük ek yatış süresi saptanmıştır. Diğer taraftan, kardiyoloji ve KDC birlikte değerlendirildiğinde diyabetli yatışlarına atfedilen ek yatış süresi olarak bulunan 3.77 gün, ADA'nın kardiyovasküler arter komplikasyonları için bildirdiği 3.3 gün olan diyabetlilere atfedilen ek yatış süresi ile uyum göstermektedir (1).

Diyabetli yatış günü başına ortalama maliyet 135.6 ABD \$ bulunmuştur. İngiltere'de, yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre diyabetin hastanede yatış günü başına maliyeti 100 İngiliz Sterlini'dir. Bu da yaklaşık 170 ABD \$ demektir. (13) ABD'de ise bu rakam 1633-1706 ABD \$'dır (1). EÜTF rakamının yine Avrupa verilerine yakın olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, bu çalışmada 1.65 olarak hesaplanan diyabetli-diyabetli olmayan oranı, ABD'de bulunan 1.6 değeri ile tam bir uyum göstermektedir (11).

Yatış başına ek harcama ve maliyetler, İç Hastalıkları kliniği dışındaki kliniklerde diyabetlilere atfedilmektedir. En yüksek diyabete atfedilen yatış başına ek maliyet Pediatri kliniğinde saptanmıştır. Bunun nedeni ortalama yatış süresinin çok yüksek olması nedeniyle yatak bedellerinin fazlalığıdır. Yani ek yatış süresi arttıkça ek maliyet de artmaktadır. Bunun tersi de doğrudur. Yatış günü başına ise, yine İç Hastalıkları ve Pediatri kliniğinde diyabetli olmayanlara atfedilen ek maliyetler bulunmuştur. Bunu da her iki klinikte hastaların uzun süre çok tetkik uygulanmadan izlenmesi olarak yorumlamak olasıdır.

Yatış başına ek maliyetler ortalama yatış süresinden, yatış günü başına ek maliyet ise toplam harcamalar ve toplam hasta yatış gününden etkilenmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Tüm diyabetliler için, yatış başına ortalama maliyetin (YBOM) 2047.5 ABD \$ ve yatış günü başına ortalama maliyetin (YGBOM) 135.6 ABD \$; diyabete atfedilen yatış başına ek maliyetin 805.7 ABD \$, yatış günü başına ek maliyetin ise 15.3 ABD \$ olduğu belirlenmiştir. Türkiye'deki bir üniversite hastanesinde bir diyabetlinin günlük maliyeti Avrupa rakamlarına ulaşmıştır. Bu koruyucu hizmetlerle karşılaştırıldığında sağaltıcı hizmetlerin önemli bir maliyete yol açtığı bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Kentleşme sürecini tamamlamış olan batılı ülkelerde diyabetin yol açtığı ekonomik yükün yıllar içinde hızla arttığı göz önüne alındığında (12: 20: 21), hızla kentleşen ve yaşam biçimi kentleşen ülkemizde, diyabetin gelecek yıllarda, toplum üzerinde artan bir ekonomik yük oluşturacağı aşikardır. Bu nedenle, Türkiye'de, zaman yitirilmeden, sayıları en az 2 milyon olduğu tahmin edilen diyabetlilerin metabolik kontrolü ve izlemi ile ilgili, toplum düzeyinde yaygın ve etkin kontrol programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-American Diabetes Association. Direct and Indirect Costs of Diabetes in the United States in 1992.1993.
- 2-Songer T.J. The economics of diabetes care. In: Aliberti R.A., De Fronze H., Keen and Zimmet, eds. International Textbook of Diabetes Mellitus John Wiley & Sons Ltd, 1992; 1643-1654.
- 3-Jurkovic P. Value for Money in Diabetes Care. Bulletin 1989 December; 26-30.
- 4-Jönsson B. Diabetes-the Cost of Illness and the Cost of Control; An estimate for Sweden 1978. Acta Med. Scandinavia 1983; Suppl.671: 19-27.
- 5-Huse D.M. et al. The Economic Costs of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. JAMA 1989; 262: 2708-2713.
- 6-Leese B. The Costs of Diabetes and its Complications. Social Science and Medicine 1992; 35: 1303-1310.
- 7-Weinberger M. et al. Economic Impact of Diabetes Mellitus in the Elderly. Clinics Geriatr. Med. 1990; 6: 959-969.
- 8-McKendry J.B.R. Direct Costs of Diabetes Care: A Survey in Ottawa, Ontario, 1986. Can. J. Public Health 1989; 80: 124-128.
- 9-Songer T.J. Health Services and Costing in Diabetes. Med. J. Aust 1990; 152: 115-117.
- 10-Sinnock P. et al. Reimbursement Issues in Diabetes. Diabetes Care 1984 May/June; 7: 291-296.
- 11-Entmacher P.S., Sinnock P., Bostic E., Harris M.I. The economic impact of diabetes. In: National Diabetes Data Group ed. Diabetes in America: diabetes data compiled 1984. NIH publ. no. 85-1468. Washington DC: US Govt. Printing Office, 1985; XXXII: 1-13.
- 12-American Diabetes Association. Diabetes: 1993 Vital Statistics. 1994.
- 13-Alexander W. D., South East Thames Diabetes Physicians Group. Diabetes Care in a UK Health Region: Activity, Facilities and Costs. Diabetic Medicine 1988; 5: 577-581.
- 14-Gerard K. et al. The Cost of Diabetes. Diabetic Medicine 1989; 6: 164-170.
- 15-Arab M. Diabetes Mellitus in Egypt. World Health Statistics 1992; 45: 334-336.
- 16-Erbay P. Yarı Kentsel Bir Bölgede Erişkinlerde Diabetes Mellitus Prevalansı, Risk Faktörleri ve Komplikasyonları.1993 Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İzmir. (özel izinle)
- TC Sağlık Bakanlığı. Hastalık İstatistikleri 1964-1994.1996; ISBN: 975-888-27-0.
- Dr. ummond M.F., Stoodart G.J., Torrance G.W. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical Publications. Oxford University Press, 1987; ISBN 0-19-261601-3.
- Özdemir Ş. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesinde izlenen tip 1 diabetes mellituslu hastaların 1994-1995 yılları arasında bir yıllık tedavi ve izlem giderleri ve bunu etkileyen faktörler.1997 Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara (özel izinle)
- 20-Krosnick A.; "Economic Impact of Type II Diabetes Mellitus"; Primary Care, Vol.15, No. 2. June 1988; s: 423-432.
- 21-Phillips, DE. & Mann, J.I. "Diabetes-inpatient Utilization, Costs and Data Validity" N.Z. Med. J. "105 (939): 313-315, 1992.

HASTANE MÜLKİYET DURUMU İLE KABA ÖLÜM HIZININ İLİŞKİSİ: HANGİSİ DAHA BAŞARILI?
KAMU HASTANELERİ Mİ, ÖZEL HASTANELER Mİ?

Yrd. Doç. Dr. İker BELEK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada yatarak tedavi gören hastalardaki kaba ölüm hızını etkileyen faktörler incelenmiş ve mülkiyet durumunun kaba ölüm hızı üzerindeki etkisi belirlenmiştir.

Gereç ve yöntem: Araştırmada 1995 yılı hastane istatistikleri kullanılmıştır. Veriler Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilmiştir. İstatistik analiz olarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular ve tartışma: Kaba ölüm hızı ile hastane yatak sayısının, her uzmanın yılda yaptığı ameliyat sayısının, uzman başına düşen yatılan gün sayısının, toplam hastalar içinde ameliyat edilenlerin oranının, il gelişme indeksinin ve hastanenin mülkiyet durumunun ilişkili olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Bu değişkenler içinde standardize korelasyon katsayısı en yüksek olanı mülkiyet değişkenidir.

Sonuç ve öneriler: Türkiye'de hastanelerin özelleştirilmesinin tartışıldığı günümüzde, bu sonuçların dikkate alınması en önemli önerimizdir.

SUMMARY

Objective: In this study, we investigated the influence of various hospital characteristics and type of ownership on mortality rates among inpatients.

Material-Method: 1995 data were used. Data were obtained from Ministry of Health. Seven hospital characteristics were entered into a backward multiple regression to develop a model for crude death rates.

Results and discussion: The following characteristics for each hospital were significantly associated with mortality rates: Hospital bed capacity, operation number per specialist, operation ratio in total patients, total patient days per specialist, province development index and finally type of hospital ownership ($p < 0.001$). Among these factors, hospital ownership has the highest standardized correlation coefficient with the crude mortality rate.

Conclusion: In these days in which hospital privatization is being discussed, our most important suggestion is should be taken into account that our findings.

Giriş: Genelde sağlık hizmetlerinin özede ise hastanelerin özelleştirilmesi, son yıllarda değişik gerekçelerle, üzerinde en çok tartışma yürütülen konular arasındadır. Sonuç olarak Dünya'daki hükümetlerin önemli bir kısmı aktif ya da pasif özelleştirme yöntemleriyle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde önemli yol almıştır. (Muschell J, 1995: 7-14)

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde 1980'lerin başından itibaren Dünya Bankası'nın öncülük yaptığı izlenmektedir. Esasen hastaneçilik hizmetlerinin çok pahalı olduğu, gelişmekte olan ülkelerde bu maliyet yükünün yönetsel kapasitedeki eksikliğe bağlı olarak daha da ağırlaştığı ve sonuç olarak hastanelerin, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynağın %70'ine varan kısmını yuttuğu öteden beri bilinen bir gerçektir. (WHO 1992: 2-3) İşte Dünya Bankası bu gerçeği kullanarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü sorunlarının çözümünü sağlayacak öneriler içinde en ön sıraya hastanelerin özelleştirilmesini yerleştirmiştir. (Griffin C.C. 1987) Bankaya göre, ancak hastanelerin özelleştirilmesi ile hükümetlerin elindeki son derece kıt kaynakların, olması gerektiği gibi, temel sağlık hizmetlerine, birinci basamağa, koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi olanaklı olacaktır. Bankanın bu önerisinin arkasında kamunun hizmet üretiminde zaten verimsiz bir yapıya sahip olduğu yönündeki tez de etkin olmuştur.

Bugün özelleştirilmenin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü'nce saptanıyor olsa ve özelleştirme hükümetler liberal politikalara teslimiyet ile suçlansalar da, özelleştirme politikasının halen önemli oranda etkinlik ve popülaritesini koruduğu görülmektedir. (WHO 1997)

Türkiye'de 1990'ların başında Dünya Bankası ile imzalanan bir proje (1990) sonrasında başlatılan sağlık sisteminin reform çalışmaları içinde de hastanelerin özelleştirme bağlamında önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı geçtiğimiz son 7-8 yıl içinde hastanelerin piyasa kurallarına göre çalışan işletmeler haline getirilmeleri, özelleştirilmeleri ve özel hastaneçilik sisteminin desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır. (SB 1992: 49-52 ve 1992a: 2/4-2/5)

Hükümet düzeyindeki bu tercihlerin 1990 sonrasındaki dönemde sağlık sektörünün yapılanmasında belirleyici olduğu görülmektedir. Konu hastaneler düzeyinde ele alındığında ortaya çıkan görüntü şudur: Özel hastanelerin toplam hastane içindeki oranı 1991 yılında %12.5 iken, 1995 yılında %14.0'a yükselmiştir. Oran yatak sayısı bakımından %3.3'den %4.4'e; muayene edilen hasta sayısı bakımından %0.6'dan %1.2'ye; yatan hasta bakımından %2.6'dan %3.9'a; ameliyat sayısı bakımından da %3.5'den %5.3'e çıkmıştır. (SB 1996: 47-48) Özel sektörün, piyasaya koşullarının daha olgun olduğu ve kamu sağlık sektörünün daha fazla oranda yetersizlik gösterdiği büyük kentlerde daha da yaygın olduğu izlenmektedir. Öyle ki İstanbul'da 1995 yılı itibarıyla özel hastane sayısı (74), bütün kamu hastanelerinin toplam sayısından (52) daha çoktur. (Dadar, K, 1997) Doğu ve G. Doğu Anadolu illerinin önemli bir kısmında ve Türkiye illerinin yarıdan fazlasında hiç özel hastane yokken İstanbul, Adana, Ankara, Bursa, İçel, İzmir ve Hatay'daki özel hastaneler, toplamın %66'sını oluşturmaktadır. Tüm özel hastanelerin %43'ü ise yalnızca İstanbul'da bulunmaktadır. (Soyer A. 1995: 36)

Özel sektördeki bu genişleme eğilimine karşın özel hastaneçilik sektörünün hiç de başlangıçta belirlenen hizmet kalitesindeki artış yönündeki beklentilerle uyumlu bir performans sergilemediği anlaşılmaktadır. Konunun bu yönü iki boyutta ele alınabilir: Öncelikle Özelleştirme ya da İşletmeleştirme olarak tanımlanan/bilinen uygulama Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinde yaşanan ve 1997 yılında kamuoyuna da yansıyan şekliyle kaynakların son derece verimsiz bir biçimde heba edildiği bir örneği oluşturmıştır. (Konuk M, 1997) Aynı tür olumsuzlukların İngiltere'de 1991 sonrasında uygulanmakta olan hastanelerin işletmeleştirilmesi modelinde de ortaya çıktığı bilinmekte ve bu olumsuzluk İngiliz Ulusal Sağlık Sisteminin Amerikanizasyonu'nun bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Ayrıntısı için bkz. Belek İ. 1997).

İkinci olarak ise özel hastanelerin performansına ilişkin verileri değerlendirmek gerekir. Türkiye'de özel hastanelerin bu bakımdan da pek olumlu bir tablo sergilemedikleri görülmektedir. Nitekim Ersoy ve Kavuncubaşı 1992 yılı hastane istatistiklerini kullanarak yaptıkları çalışmada, beş önemli performans kriteri (kapasite kullanım oranı, ortalama yatış süresi, kaba ölüm hızı, bir hekime düşen yatan hasta sayısı, bir hekime düşen poliklinik sayısı) bakımından en kötü durumda olan grubun özel hastaneler olduğunu saptamışlardır. (Şahin K., Kavuncubaşı Ş. 1995) Benzer sonuçlar, Antalya ili için 1991-95 dönemine ilişkin benzer bir değer-

lendirme ile (ve ek olarak aynı yatak kapasitesindeki özel ve kamu hastaneleri özelinde) tarafımızdan da elde edilmiştir. (Belek İ., Belek H. 1996) Ancak hemen belirlemek gerekir ki, sözü edilen bu araştırmalar son derece değerli bilgiler sunmalarına karşın, performans değerlendirmesinde belirleyici (bağımsız) değişken olarak (aynı anda) yalnızca mülkiyet durumunu dikkate almakta ve tek değişkenli istatistik analizler yapmaktadırlar.

Oysa hastanelerin performansı üzerinde mülkiyet durumu dışında; yatak sayısı, eğitim kurumu olup olmama, hekim sayısı, çalışan hekimlerin mesleki statüleri ve genel amaçlı olsalar da hastanelerde yatırılarak tedavi edilen vakaların bileşimi (hastalık spektrumu) gibi başka değişkenler de etkili olmaktadır. (Kuhn E.M. ve diğ. 1991) Bu nedenle hastane mülkiyetinin çeşitli performans göstergeleri ile ilişkisinin belirlenmesinde, performans üzerinde etkili olabilecek diğer değişkenlerin aynı andaki etkisinin çok değişkenli analizlerle dikkate alınması, araştırılan konu hakkında daha net bilgiler verecektir. Bu araştırma böyle bir kayıdan yola çıkılarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada Türkiye'deki hastanelerin performansını etkileyen etkenler belirlenmeye, performans ile mülkiyet durumu arasındaki ilişki ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

YÖNTEM

Veri Kaynağı

Araştırmada 1995 yılına ilişkin hastane istatistikleri kullanılmıştır. (SB 1996) Bilindiği gibi hastane istatistikleri Sağlık Bakanlığı tarafından (gecikmeli de olsa) yayınlanmaktadır.

Araştırmanın evreni: Araştırma kapsamına, hastaneler içinde olabildiğince homojen bir yapı sağlamak bakımından, varolan bütün hastaneler alınmamıştır. Türkiye'de 200 yataktan daha fazla kapasiteli özel hastane olmadığı için, 200 yataktan daha fazla kapasiteye sahip olan hastaneler; 10'dan az yatağı olan hastanelerde hastanecilik hizmetlerinin düzenli olarak verilemediği düşünüldüğü için de 10'dan az yatak kapasitesi olan hastaneler; özel bir dalda hizmet verdikleri ve bunun performansı etkileyebileceği düşünüldüğü için doğumevleri, fizik tedavi, göz, deri, lepra, diş, cüzzam, ruh sağlığı, kemik hastaneleri gibi özel dal hastaneleri ile Türkiye'deki azınlıklara yönelik hizmet veren hastaneler; eğitim işlevi hastane içinde son derece ayrı bir yapılanmayı gerektirdiği ve hiçbir özel hastane eğitici niteliğinde olmadığı için de eğitim hastaneleri kapsam dışında bırakılmıştır. Böylece eğitim hizmeti vermeyen, genel amaçlı hizmet sunan ve fiili yatak kapasitesi 10-200 arasında olan özel ve kamu hastaneleri araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın değişkenleri: Bu araştırmada performansı ölçmek amacıyla (bağımlı değişken olarak) yalnızca kaba ölüm hızı kullanılmıştır. Kaba ölüm hızının tercih edilmesinin nedeni, bu kriterin hizmete (süreçe) ilişkin değil, hizmetin sonucuna ilişkin bir gösterge olmasıdır. Bunun yanısıra bilindiği gibi kapasite kullanım oranı ve ortalama yatış süresi gibi, hastanelerin hizmet performansının değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ve süreçe ilişkin olan diğer kriterler; hastanın hastalığı, bu hastalığı tedaviye yönelik teknikler gibi faktörlerin dışında kalan ve ekonomik/mali (hastanın ödeme gücü gibi) nitelikte olup, Türkiye'deki verilerle değerlendirilmesi pek olanaklı olmayan başka etkenlerden de etkilenebilmektedir. Bu gerçek de yukarıda sözü edilen tercihte etkili olmuştur. Kaba ölüm hızı hastaneye yattıktan sonra ölen hasta sayısının, yatan toplam hasta sayısına bölünmesiyle bulunmuştur. Kaba ölüm hızı verilerindeki dağılımı gidermek ve bağımsız değişkenlerin herbirisinin bağımlı değişkenle olan ilişkisinde doğrusalılığı güçlendirmek amacıyla analizde kaba ölüm hızının logaritması kullanılmıştır. (Norusis MJ.1993: 329-330)

Bağımsız değişken olarak kullanılanlar ve tanımları ise şunlardır:

- Mülkiyet durumu (MÜLKİYET): Hastanenin özel ya da herhangi bir kamu kurumuna ait olması durumu.
- Yatak sayısı (YATAK): Hastanede o yıl içinde fiili olarak kullanılmış yatak sayısı.
- Uzman başına yatılan gün sayısı (YATGÜNÜZM): Toplam yatılan gün sayısı/Toplam uzman sayısı.
- Uzman başına operasyon sayısı (CERUZM): Toplam operasyon sayısı/Toplam uzman sayısı.
- Büyük operasyon sayısının toplam yatan hasta sayısı içindeki oranı. (KOMPBU)
- Toplam operasyon sayısının toplam yatan hasta sayısı içindeki oranı. (KOMP CER)
- DPT tarafından il düzeyinde 1995 yılı için hesaplanan Gelişmişlik İndeksi Puanı. (İNDEKS)

Mülkiyet ve hastanenin büyüklüğü hakkında fikir veren yatak sayısının KÖH üzerindeki etkisi başka araştırmalarda da gösterilmiştir. Uzman başına düşen yıllık operasyon sayısının cerrahi iş yükü ve hizmet kalitesi hakkında; uzman başına düşen yatılan toplam gün sayısının uzman hekimler üzerindeki toplam iş yükü hakkında; yatan hasta içinde büyük ve toplam operasyon oranlarının ise yataklı hizmetlerden yararlanan hasta spektrumu hakkında fikir verici olabileceği düşünülmüştür. İNDEKS ise hastanenin içinde çalıştığı ilin genel ekonomik sosyal düzeyini göstereceği için analize alınmıştır. Nitekim DPT, gelişmişlik indeksini il düzeyindeki ölçülen 100'e yakın göstergeli birleştirerek hesaplamıştır (DPT, 1996).

Görüldüğü gibi İNDEKS dışındaki değişkenler hastaneye, İNDEKS değişkeni ise hastanenin bulunduğu ile özeldir.

İstatistik analiz: Yukarıda sıralanan bağımsız değişkenlerin KÖH üzerindeki etkisini birlikte değerlendirebilmek bakımından çoklu regresyon analizi kullanıldı. Çoklu regresyonda backward elimination tekniği seçildi. Özel ve kamu hastanelerinin çok değişkenli analize alınan göstergeler bakımından aralarında fark olup olmadığı ise yüzdeler ve ortalamalar arasındaki farkın önem testiyle araştırıldı. İstatistik analiz SPSS For Windows 7.0 paket programında gerçekleştirildi.

Bulgular:

Bazı değişkenlerin özel ve kamu hastaneleri için ortalama değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1'den görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kamu hastanelerinde ortalama yatak sayısı, her bir uzman hekimin yılda gerçekleştirdiği operasyon sayısı, uzman hekim başına düşen yıllık yatılan gün sayısı ile KKO özel hastanelere göre daha yüksektir. Buna karşılık büyük ve genel cerrahi müdahalelerin toplam yatan hasta sayısı içindeki oranı özel hastanelerde daha yüksektir. Bir başka deyişle özel hastaneler operasyon amacıyla tercih edilmektedir. Buna karşılık gelişmişlik indeksi açısından kamu ve özel hastaneler arasında yine çok önemli fark bulunmaktadır. Bu değerlerle her kamu hastanesinin, ortalama gelişmişlik düzeyi Kayseri kadar olan bir yerleşim yerinde (Kayseri için İNDEKS=0.531); buna karşılık her özel hastanenin, gelişmişlik düzeyi İzmir kadar olan bir yerleşim yerinde (İzmir için İNDEKS=2.708) hizmet verdiği ortaya çıkmaktadır.

Çok değişkenli analiz sonuçları ise Tablo 2'de görülmektedir. KOMPBU dışında diğer değişkenlerin KÖH ile anlamlı biçimde ilişkide oldukları anlaşılmıştır. Tablo dan izlenebildiği gibi kamu hastanesi olma KÖH'ni azaltan bir etkidir. Ek olarak yatak sayısı, uzman hekim başına düşen yatılan gün sayısı ve yatan hastalar içinde cerrahi müdahale geçirenlerin oranı arttıkça ölüm hızı artmakta; gelişmişlik indeksi ve her bir uzman hekimin yılda gerçekleştirdiği operasyon sayısı arttıkça ölüm hızı azalmaktadır.

Tartışma: Çeşitli araştırmalarda hastanelerdeki kaba ölüm hızı ile hastanelerin mülkiyet durumunun (kar amaçlı özel hastanelerde daha yüksek olmak üzere) (Hartz, A.J. 1989; Kelly J.V. 1990), eğitim hastanesi olup olmamanın (eğitim hastanelerinde daha yüksek olmak üzere) (Hartz, A.J. 1989; Kuhn E.M. ve diğ.1994), hastanede ortama yatış süresinin (Shortell S.M. 1988), aktarılan kaynaklar üzerindeki hükümet kontrolünün (olumlu yönde) (Valdmanis V.G. 1990) ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca kar amaçlı özel hastanelerin kamu hastanelerine göre teknik bakımdan daha düşük performans sergiledikleri (Özcan Y.A. ve diğ. 1992; Bosmans N., Fecher F. 1995) gösterilmiştir.

Bu araştırmada çok değişkenli analiz sonucunda ortaya çıkan sonuçlar beklendiği yönde ve mülkiyet ile KÖH arasındaki ilişki bakımından Türkiye özelinde daha önceden yapılmış araştırma sonuçlarıyla aynı yöndedir. Denklemi giren diğer değişkenlerin de etkisiyle birlikte bir hastanenin özel hastane statüsünde olması KÖH'ını artıran bir etken olarak ortaya çıkmaktadır.

Yalnızca uzman başına düşen operasyon sayısı ile KÖH arasındaki ilişkinin ters yönlü oluşu beklentilerle uyumlu bir sonuç gibi görünmemektedir.

Başlangıçta ele aldığımız değişkenlerden altısının KÖH ile anlamlı derecede ilişkili oldukları anlaşılmaktadır. Bu altı değişkenden bir kısmı hastanenin özellikleri (MÜLKİYET, YATAK), bir tanesi hastanenin bulunduğu ilin gelişmişlik düzeyi ya da hastanenin içinde bulunduğu genel sosyoekonomik koşullar (İNDEKS), bir kısmı hem hekimlerin iş yükü hem de hastalık spektrumu (CERUZM, KOMPÇER, YATGÜNUZM) hakkında fikir vermektedir. Sonuç olarak modelimize giren değişkenlerle KÖH arasında %44.1 oranında bir ilişki saptanmıştır. İlişkinin anlamlı oluşu görülmektedir.

İlişkinin modelimizdeki değişkenlerle açıklanamayan kısmında başka değişkenlerin etkisini düşünmek gerekmektedir. Bunların içinde hekim dışı sağlık personelinin iş yüküne ilişkin veriler, hastane personelinin mesleki bilgi ve beceri durumları, işe yönelik motivasyonları, hastane hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir verebilecek başka göstergeler (hastane ineksiyonu hızı gibi) ilk elde ele alınması gerekmektedir. Ancak Türkiye'de hastane istatistikleri içinde bu tür verilerin elde edilmesindeki olanaksızlıklar, analizleri kısıtlayan bir durum olarak belirmektedir.

Sonuç olarak bu araştırmanın kapsamına giren hastane evreni için KÖH'ını açıklamak bakımından şu denklemi elde etmiş bulunuyoruz:

Eğer hastane kamu hastanesi ise:

$$\log KÖH = (-0.296) - (2.1E-03 \times YATAK) + (2.3E-02 \times İNDEKS) + (0.166 \times KOMPÇER) + (-1.0E-03 \times CERUZM) + (4.3E-05 \times YATGÜNUZM)$$

Hastanenin özel hastane olması durumunda yukarıdaki denklemi (+0.296) değerinin eklenmesi gerekecektir.

Yukarıdaki formülün daha iyi anlaşılabilmesi açısından bir örnek üzerinden somutlanması yararlı olacaktır. Bu şekilde özel ve kamu hastaneleri arasında modelimize giren değişkenler bakımından söz konusu olan farklılıkların giderilmesi ve mülkiyet durumunun net etkisinin görülebilmesi hedeflenmiştir.

Örnek hastanemizin bir kamu hastanesi olduğunu ve yatak sayısının 50, hekim başına düşen yatılan gün sayısının 500, bir uzman tarafından gerçekleştirilen yıllık ameliyat sayısının 50, yatan hastalar içinde ameliyat olanların oranının %30 olduğunu ve bu hastanenin Ankara'da olduğunu (Gelişmişlik İndeksi 3.3) varsaydığımızda, modelimize göre beklenen KÖH değeri %0.557 olacaktır. Aynı hastanenin özel sektöre ait bir hastane olması durumunda ise KÖH %1.10'a yükselecektir. Diğer bütün etkenlerin boyutu sabit tutulduğunda belirten bu fark hastanelerin mülkiyet statüsündeki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Böyle bir karşılaştırma modelimize giren ve MÜLKİYET dışında kalan diğer bütün değişkenlerin değerinin sıfır kabul edilmesiy-le de yapılabilir. Bu durumda ise kamu hastanesi için KÖH %0.506; özel bir hastane için ise %1.00 olacaktır. Bir başka deyişle modele giren MÜLKİYET dışındaki diğer değişkenler bakımından düzeltilmiş ölüm hızı farklılığı %80.2'dir. Yani, örneğimiz için, özel hastane mülkiyetli, kamu hastane mülkiyetine göre %80.2 kadar daha yüksek KÖH'na neden olmaktadır.

Sonuç: Bu araştırmada Türkiye'deki hastanelerin KÖH'larını açıklayıcı bir model oluşturulmaya çalışılmıştır. Bunun için öncelikle hastaneler arasındaki işlevsel farklılığın yansıtacağı yapılarıardan kurtulabilmek açısından, hastane evreni belli kriterlere göre sınırlandırılmıştır. Sonuç olarak analizler 438 hastane ile yapılmıştır.

Modele giren değişkenlerin içinde bir kısmı hastanenin yapısına, bir kısmı hekim ve hastanenin iş yüküne, bir kısmı da hastalık spektrumuna ilişkindir. Modeldeki değişkenler içinde standardize korelasyon katsayısı (Beta) en yüksek olan değişken mülkiyet durumudur. Bu bulgu, daha önce tek değişkenli analizlerin özel ve kamu hastaneleri arasındaki farklılığa ilişkin olarak saptanmış ol-cukları sonuçları desteklemektedir. Bulgularımızın hastanelerin özelleştirilmesi tartışmalarında dikkate alınması en büyük temennimizdir.

Tablo 1: Bazı değişkenlerin kamu ve özel hastanelerdeki ortalama değerleri.

	KAMU (N = 252)	ÖZEL (N = 86)
MÜLKİYET	1	0
KÖH (%)	1.16 t = 99.74, p < 0.001	1.55
YATAK	78.71 t = 5.69, p < 0.001	48.72
KOMPÇÜ (%)	8.23 t = 322.64, p < 0.001	20.79
KOMPÇER (%)	23.72 t = 206.43, p < 0.001	42.98
CERUZM	60.01 t = 62.22, p < 0.001	44.80
YATGÜNUZM	1319.24 t = 10.25, p < 0.001	493.32
İNDEKS	0.542 t = 10.25, p < 0.001	2.795
KKO (%)	40.42 t = 9838.69, p < 0.001	28.77

Tablo 2: KÖH için çok değişkenli analiz sonuçları.*

	B	St. Hata	Beta	t	p
Sabite	4.5E-03	0.057		0.078	0.937
MÜLKI	-0.296	0,050	-0.313	-5.900	0.000
YATAK	2.1E-03	0.000	0.274	5.916	0.000
İNDEKS	-2.6E-02	0.000	-0.122	-2.253	0.025
KOMP CER	0.166	0.082	0.104	2.014	0.045
CERUZM	-1.0E-03	0.000	-0.274	-5.828	0.000
YATGÜNUZM	4.5E-05	0.000	0.166	3.359	0.001
N =	438				
R =	44.1				
R KARE =	19.4				
Adj. R KARE =	18.3				
F =	17,345				
P <	0.001				

- Artıkların (residuals) analizi sonucunda yukarıdaki modelin 438 hastanenin 6'sı dışında, 432'si için yeterince açıklayıcı olduğu anlaşılmıştır. Artıklar standart normal dağılıma uygun biçimde dağılmakta ve beklenen değerler karşısında eşit sir dağılım sergilemektedir. Bu haliyle modelin geçerli bir model olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Belek İ., Belek H. (1996), Antalya İlinde Hastanelerin Performans Analizi ve Özel/Devlet Hastanelerinin Karşılaştırılması, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. (Dergi basım aşamasındadır)
2. Belek İ. (1997), Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı, Toplum ve Hekim, Sayı 81.
3. Bosmans F., Fecher F. (1995), Performance of Belgian Hospitals: A Frontier Approach, Health Economics, 4 (5): 389-397.
4. Dadan K. (1997), İstanbul Ölçeğinde Özel Sağlık Sektörüne Bir Bakış. (Toplum ve Hekim dergisinde yayınlanacak araştırma)
5. DPT (1996), İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, Ankara.
6. Griffin C.C. (1987), Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, World Bank, Washington.
7. Hartz A.J. ve diğ. (1989), Hospital Characteristics and Mortality Rates, New Eng J Medicine, 321 (25): 1720-1725.
8. Kelly J.V. (1990), What do Mortality Studies Reveal about Hospital Volume, Teaching Status, and Ownership, Int J. Technol Assess Health Care, 6 (2): 239-252.
9. Konuk M. (1997), Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Neler Oluyor? Uygulamalar ve Sonuçları, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Yayını, Ankara.
10. Kuhn E.M. ve diğ. (1991), The Relationship of Hospital Characteristics and the Results of Peer Review in Six Large States, Med. Care, 29 (10): 1028-38.
11. Kuhn E.M. ve diğ. (1994), The Relationship of Hospital Ownership and Teaching Status to 30 and 180 day Adjusted Mortality Rates, Med. Care, 32 (11): 1098-1108.
12. Muschell J. (1995), Privatisation in Health, WHO.
13. Newbrander W., Barnum H., Kutzin J. (1992), Hospital Economics and Financing in Developing Countries, WHO, Geneva.
14. Norusis M.J. (1993), SPSS User's Guide, SPSS Inc., USA.
15. Özcan Y.A. ve diğ. (1992), Ownership and Organizational Performance. A Comparison of Technical Efficiency Across Hospital Types, Med. Care, 30 (9), 781-794.
16. Sağlık Projesi, 7. Ekim 1990 tarihli Resmi Gazete.
17. Sağlık Bakanlığı (1992), Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Ankara.
18. Sağlık Bakanlığı (1992a), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Ankara.
19. Sağlık Bakanlığı (1996), Yataklı tedavi Kurumları İstatistik Yılı 1995, Ankara.
20. Shortell S.M. (1988), The Effects of Regulation, Competition, and Ownership on Mortality Rates Among Hospital Inpatients, New Eng. J. Med., 318 (17): 1100-1107.
21. Soyer A. (1997), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995, TTB Yayını, Ankara.
22. Şahin K., Kavuncubaşı Ş. (1995), Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans, Toplum ve Hekim, Sayı 66: 107-113.
23. Valdmanis V.G. (1990), Ownership and Technical Efficacy of Hospitals, 28 (6): 552-561.
24. WHO (1997), Seventh Consultative Committee on Organization of Health Systems Based on primary Health Care, Geneva.

**SAĞLIK OCAĞI HİZMETLERİ
GERÇEK ve STANDART BİRİM MALİYETLERİ***

Yrd. Doç. Dr. Besim ŞEREF**

**Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

*Bu çalışma "Ergazi Sağlık Ocağı Hizmetlerinin İş Etüdüne Dayalı Birim Maliyetlerinin Hesaplanması" adlı halk sağlığı uzmanlık tezinin verilerinden yararlanılarak yapılmıştır.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı Ankara Ergazi Sağlık Ocağı (ESO) 1992 yılı sağlık hizmetleri gerçek ve standart birim maliyetlerini bulmaktır.

Yöntem ve gereçler: "Ergazi Sağlık Ocağı Hizmetlerinin İş Etüdüne Dayalı Birim Maliyetlerinin Hesaplanması" (1) adlı araştırmada bulunan gerçek maliyetlerden yararlanarak aynı yıla ait standart birim maliyetler aşağıdaki ilkelere göre hesaplanmıştır. ESO'da sunulan sağlık hizmetleri saptandıktan sonra sağlık ocağı maliyet türleri, merkezleri belirlenmiş ve maliyet dağıtım ölçütü geliştirilmiştir. Maliyet dağıtım yöntemi olarak "kademeli dağıtım" yöntemi seçilmiştir. Maliyet merkezlerine dolaysız dağıtılabilen giderler dağıtılmıştır (Birinci dağıtım). Yardımcı maliyet merkezlerinde toplanan giderler, belirlenen dağıtım ölçütlerine göre esas maliyet merkezlerine aktarılmıştır (ikinci dağıtım). İkinci dağıtım sonunda esas maliyet merkezlerinde toplanan giderler, saptanan ölçütlere göre, o maliyet merkezinde sunulan hizmetlere dağıtılarak gerçek birim maliyetler hesaplanmıştır (Üçüncü dağıtım). Nüfusu 5 ile 10000 arasında olan bir bölge için 224 sayılı yasa da belirtilen sağlık ocağı standart personel kadrosu, standart kadro olarak alınmış ve standart kadroya göre bulunan birim maliyetler standart maliyet olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: ESO 1992 yılı gerçek toplam gideri 646.142.222 TL., (91.129 ABD \$)'dir. Standart toplam gideri 471.600.403 TL. (66.512 ABD \$) olarak bulunmuştur.

Toplam giderlerin %94.17'sinin dolaylı ve dolaysız personel giderlerinden, %4.11'nin genel üretim giderlerinden, %1.72'sinin tıbbi tüketim malzemesi ve ilaç giderlerinden oluştuğu bulunmuştur.

İkinci dağıtım sonundaki maliyet yapısı içerisinde, sabit giderler toplam giderlerin %98.3'nü oluşturmaktadır.

Hizmetlerin gerçek birim maliyetleri: Poliklinik 7.09, laboratuvar 4.91, acil tedavi ve pansuman 19.44, enjeksiyon 1.67, aşı 3.08, suda klor ölçümü 7.34, gayri sıhhi müessese denetimi 26.70, gıda satış yeri denetimi 16.28, 15-49 yaş kadın izlemi 8.68, gebe izlemi 6.52, bebek izlemi 8.43, çocuk izlemi 4.06, rahim içi araç takma ya da çıkarma hizmeti 16.05, hap ve kondom dağıtımı 6.15 Amerikan doları olarak bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Standart kadroda personel çalıştırılması durumunda, poliklinik maliyetini %49.6, laboratuvar %24.4, acil tedavi ve pansuman %30.0, enjeksiyon %12.0, aşı maliyetini %10.0, ebe hizmetlerini %25.4, çevre sağlığı hizmetlerini %40.3 oranında azaltmanın mümkün olduğu bulunmuştur.

Giriş ve Amaç: Türkiye'de sağlığa ayrılan kaynakların yetersiz olduğu bilinmektedir. Az olan sağlık kaynaklarını daha verimli kullanma yollarından birisi temel sağlık hizmetlerini geliştirmektir. Ayrıca sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamaktır. Bunu gerçekleştirmenin yollarından biri maliyet hesaplarının yapılmasıdır.

Bir sağlık kuruluşunda, maliyet hesaplarının yapılmasının ve birim maliyetlerin bilinmesinin şu yararları bulunmaktadır.

Malzeme kullanımını denetim altına almak, insan gücünün verimli kullanılması, genel bütçe giderleri ile toplam maliyetleri karşılaştırabilmek, maliyet hesaplanmasına yarayan kayıt ve istatistikler yardımıyla verimsiz yatırımları önlemek, üretim maliyetini düşürme olanağını araştırmak, sağlık kuruluşunun çeşitli hizmetlerini verimlilik yönünden karşılaştırmak ve kuruluşa doğru bir yön vermek, gereksiz maliyetleri yok etmek, sağlık çalışanlarına ekonomik düşünme alışkanlığını kazandırmak (2).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyetlerine ilişkin doğru hesaplanmış bilgilerin olması, sağlık yöneticilerine bu kuruluşların finansmanı ve değerlendirilmesi konusunda yol gösterici olmaktadır (3).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan başlıca yerler, kamu sağlık kuruluşu olan, sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocağı çalışmalarının geliştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterli miktarda kaynak ayrılabilmesi, maliyetlerin düşürülmesi, verimsiz yönde çalışmalarını söz konusu ise bunun nedenlerinin ortaya konulabilmesi, sağlık yöneticilerine karar alma ve denetim kontrolünde yardımcı olabilmesi amaçlarıyla "Sağlık Ocağı Hizmetleri Birim Maliyetlerinin hesaplanması"nın gerekli olduğu bilinmektedir (1).

Bu çalışmanın amacı: Ergazi Sağlık Ocağı'nda (ESO) sunulan sağlık hizmetlerinin gerçek (fiili) birim maliyetlerini hesaplamak. Bu verilerden yararlanarak standart sağlık ocağı birim maliyetlerini hesaplamaktır.

Ayrıca uzun vadede birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların daha iyi kullanılmasına katkıda bulunmaktır.

Yöntem ve Araçlar

1. Tanımlar

Maliyet: Bir kuruluşun kendi konusuna giren hizmetleri elde edebilmek için harcadığı çeşitli üretim faktörlerinin para ile ölçülen değerine o ürünün maliyeti denir (4-15).

Maliyetler, sağlık yöneticilerinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çok farklı biçimlerde sınıflandırılabilir (10).

Sabit maliyetler: Belirli bir zaman dilimi içinde hizmet sayısının azalıp çoğalmasına karşın, toplam olarak aynı kalan maliyetlere sabit maliyetler denilmektedir (5, 11, 12).

Değişken maliyetler: Hizmet sayısındaki dalgalanmalara paralel değişimler gösteren, hizmet sayısı arttıkça artan, azaldıkça azalan maliyetlerdir (6, 12).

Gerçek maliyet: Hizmet sunumu gerçekleştikten sonra fiili rakamlar kullanılarak hesaplanan maliyete gerçek maliyet denir. Bu yöntemin bir diğer adı tarihi "maliyet"tir (14, 15).

Tahmini maliyet: Hizmet sunumunu gerçekleştirmeden önce tahmin ve tesbit edilen maliyetlere tahmini maliyet adı verilir (14).

Standart maliyet: Tahmini maliyet yönteminin bir türüdür. Personel, malzeme ve genel üretim giderlerinden biri ya da bir kaç standart hale getirilir ve gerçek maliyetlerden yararlanarak belirlenen standartlara göre hizmet sunulduğunda maliyetinin ne ocağı önceden tahmin edilir (10-15). Standart maliyetlerin hesaplanması; maliyet kontrolünü düzenleme, planlama ve karar almada yol gösterme. üretim maliyetlerinde mümkün olabilecek azalmaları gösterme ve gerçeğe yakın bir bütçe hazırlanması açılarından yararlı olmaktadır (6, 10-15).

Yukarıda açıklandığı gibi, maliyet türleri, işletmenin yapısına, yönetimin ihtiyaçlarına göre, çeşitli biçimlerde sınıflanmaktadır. Üre-

tim maliyetleri genellikle üç başlık altında toplanmaktadır (6, 16). İşçilik (personel) maliyetleri, malzeme maliyetleri, genel üretim maliyetleri.

Maliyetler, hizmetlere yüklenme olanaklarına göre iki gruba ayrılır (4-6, 10-15).

Dolaysız maliyetler: Doğrudan doğruya hizmete yüklenebilen maliyetlerdir.

Dolaylı maliyetler: Hizmetlere dolaylı olarak aktarılan maliyetlerdir. Örneğin hizmetliye ait giderlerin poliklinik hizmetlerine yansıtılması gibi.

Genel üretim maliyetleri: Dolaysız malzeme ve dolaysız işçilik dışında kalan ve üretimle ilgili olan bütün maliyetler "genel üretim maliyetleri" başlığı altında toplanabilir. Bu maliyetler, doğrudan doğruya hizmetlere yüklenemeyen, yani dolaylı maliyetlerdir. Bu maliyetlerin bir kısmı sabit, bir kısmı ise değişken maliyetlerdir (13).

Esas Maliyet Merkezleri: Sağlık hizmeti sunumu (hasta tedavisi, hastalıklardan koruma, sağlıklı yaşatma vb) ile doğrudan doğruya ilgili olan bölümlerdir. Bu tanıma göre sağlık ocaklarındaki esas maliyet merkezlerini üç bölüm halinde incelemek olasıdır. Tedavi edici hizmet merkezleri (Poliklinik, Acil tedavi ve pansuman, enjeksiyon). Koruyucu hizmet merkezleri (Aşılama, Çevre sağlığı, Ana çocuk sağlığı (Sağlık evi hizmetleri) vb). Özel hizmet merkezi (Laboratuvar hizmetleri) (1).

Yardımcı Maliyet Merkezleri: Esas maliyet merkezinin dışında kalan maliyet merkezleridir. Yardımcı maliyet merkezleri hasta tedavisi ile doğrudan ilişkisi bulunmayan ancak esas maliyet merkezlerinin faaliyetlerini eksiksiz ve kesintisiz olarak yürütebilmeleri için hizmet veren maliyet merkezleridir (2).

Maliyet Dağıtımı: Giderlerin çeşitli ölçülerden yararlanarak hizmetlere aktarılması işlemlerine maliyet dağıtımı adı verilir.

Araştırmada maliyet, gidere eşdeğer kabul edilmiştir.

2. Evren ve Örneklem: Araştırma için "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri" modeline uygun olarak çalışması ve kayıtlarının iyi tutulmuş olması nedeniyle Ergazi Sağlık Ocağı seçilmiştir.

Mali ve istatistik kayıtlarla ilgili hiç bir örneklem seçilmemiş, tüm kayıtlar incelenmiştir.

3. Veri Kaynakları:

(a) Tıbbi Malzeme ve İlaç Giderleri ve Genel Tüketim Malzemesi Giderleri: ESO aynıyat tesellüm makbuzları ve Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı'na ait faturalar.

(b) Dolaysız ve Dolaylı Personel, Elektrik, Su, Yakıt ve Haberleşme Giderleri: Etimesgut Sağlık Grup Başkanlığı Mutemetlik kayıtları.

(c) Demirbaş Amortisman Giderleri: ESO Esas Demirbaş Defteri.

(d) Bina Amortismanı: ESO. Saray Sağlık Evi ve Sağlık Ocağı lojmanlarının toplam alanı, 1992 yılı Bayındırlık Bakanlığı 3. sınıf inşaat birim maliyetlerine göre hesaplanmıştır.

(e) 1992 yılına ait çalışmalarla ilgili tüm istatistik kayıtları.

(f) Bir numaralı araştırmada bulunan "iş ölçüm çalışması" sonuçları¹.

4. Verilerin Toplanması Ve Değerlendirilmesi: Yukarıda açıklanan kaynaklardan elde edilen bilgiler maliyet muhasebesi ilkelerine uyularak aşağıdaki yöntemlerle analiz edilmiştir.

4.1. Maliyet Merkezlerinin Belirlenmesi: Maliyet merkezleri işlevsel bölümler esas alınarak aşağıdaki biçimde belirlenmiştir.

a) Esas maliyet merkezleri

1) Poliklinik hizmeti: Hastaların tanı (laboratuvar dışında) ve tedavisine yönelik sağlık ocağı çalışmaları bu gruba girmektedir.

2) Laboratuvar hizmeti: Hastalardan kan alma, kan sayımı, sedimentasyon, idrar tahlili, boğaz, vajen, idrar ve gaita kültürleri alma, röntgen filmi isteme ve bu tahlillerin sonuçlarını değerlendirmeye işlemleri bu gruba girmektedir.

3) Acil tedavi ve Pansuman: Acil hastaların tedavisi, küçük cerrahi müdahaleler ve tüm pansumanlar bu gruba girmektedir.

4) Aşı hizmetleri: Her tür aşılama hizmeti bu gruba girmektedir.

5) Çevre sağlığı hizmetleri: Konut, tuvalet ve çöplük denetimleri, gayri sıhhi kurum denetimleri, su örnekleri alma ve suda klor tayini işlemleri bu gruba girmektedir.

6) Sağlık evi hizmetleri: 15-49 yaş kadın izlemleri (aile planlaması, sağlık eğitimi, gebelerin tespiti), gebe izlemleri, doğum yap-tırma, lohusa izlemleri, bebek izlemleri ve çocuk izlemleri bu gruba girmektedir.

b) Yardımcı maliyet merkezleri

1) **Yönetim:** Sağlık ocaklarının yöneticileri sağlık ocağı doktorlarıdır. Doktorların yönetim konusunda yardımcısı (özellikle sağlık evi hizmetleri konusunda) halk sağlığı hemşiresidir. Sağlık ocağında verilen hizmetlerin düzenli yürütmesi için plan yapma, personele motive etme ve çalışmalarını denetleme, gerekli yerlerle resmi yazışma ve görüşmeler yapma, sağlık ocağında çıkan sorunların çözülmesi gibi her türlü hizmetler bu gruba girmektedir.

2) **Sekreterlik hizmeti:** Sağlık ocağına gelen ve giden evrakların arşivlenmesi, yazıların yazılması, malzeme, ilaç ve mali konularda kayıtların tutulması, malzeme ve ilaçların saklanması, ihtiyaç olan bölümlere dağıtımı, her tür istatistik ve formların doldurulması, doktora onaylatılması işlemleri bu gruba girmektedir. Bu hizmet merkezinin sorumlusu tıbbi sekreterdir ve kendine ait bir odası bulunmaktadır.

3) **Ev idaresi:** Sağlık ocağının temizliği, bakımı, onarımı, ısıtma ve havalandırılması, çay demleme ve servisi gibi hizmetler bu gruba girmektedir. Bu hizmetlerin sorumlusu sağlık ocağı hizmetlisidir.

4.2. Dağıtım Ölçütleri: Dağıtım ölçütleri aşağıdaki biçimde belirlenmiştir.

a) **Tıbbi tüketim malzemeleri ve ilaç giderleri:** Her maliyet merkezi tarafından tüketilen tıbbi malzeme ve ilaç giderleri, olanaklar elverdiği ölçüde ambar kayıtlarından, ambar kayıtlarının yetersiz kaldığı durumlarda, doktor, hemşire, sağlık memuru, ebe ve tıbbi sekreterden oluşan bir grupla tartışılarak, maliyet merkezlerinin harcadıkları miktarlar saptanmıştır.

b) **Dolaysız personel giderleri:** İş ölçüm çalışması sonunda her personelin hangi işe yüzde olarak ne kadar zaman harcadığı saptanmış ve dolaysız personel giderleri buna göre hizmet merkezlerine bölüştürülmüştür (1).

c) **Genel tüketim malzemeleri:** Kırtasiye, sabun, temizlik malzemeleri vs. gibi malzemeler bu gruba girmektedir. Her maliyet merkezi tarafından harcanan genel tüketim malzemeleri ambar kayıtlarından çıkarılmıştır.

d) **Dolaylı personel giderleri:** İş ölçüm çalışması sonunda her personelin hangi işlere yüzde olarak ne kadar zaman harcadığı saptanmış ve dolaylı personel giderleri de buna göre hizmet merkezlerine bölüştürülmüştür (1).

e) **Seyyar görev tazminatı:** Seyyar görev tazminatı yapılan gezi sayısına göre ödendiği için değişken maliyet sınıfına girmekte olduğundan ayrı olarak hesaplanmış ve dağıtılmıştır. Dağıtım ölçütü olarak yine iş ölçüm çalışmasından elde edilen yüzdeler kullanılmıştır.

f) **Elektrik, Su, Haberleşme, Yakacak ve Bina Amortisman Giderleri:** Maliyet merkezlerinin yüz ölçümlerinin metre kare cinsinden büyüklüğüne göre dağıtılmıştır.

g) **Demirbaş amortisman giderleri:** Demirbaş esas defterinden, amortismanı yapılacak olan demirbaşlar çıkarılmış daha sonra bu demirbaşları hangi maliyet merkezlerinin kullandığı sayım yapılarak tesbit edilmiştir. Tesbit edilen demirbaş eşyalar, Devlet İstatistik Enstitüsü toptan eşya endeksleri kullanılarak 1992 fiyatları düzeyine çıkarılmış ve yüzde onu o maliyet merkezinin demirbaş

malzeme amortisman gideri olarak alınmıştır.

4.3. Maliyet Dağıtım Yöntemi: Maliyet dağıtım yöntemi olarak, sağlık hizmetleri maliyetlerinin hesaplanmasında sık kullanılan ve geçerliliği kabul edilen "kademeli dağıtım yöntemi" uygulanmıştır.

a) Birinci Dağıtım: 1992 çalışma döneminde gerçekleşen toplam giderler, işlevsel bölümler esas alınarak belirlenen hizmet merkezlerine dağıtılmıştır. Dağıtım sırasında iş ölçüm çalışmasından elde edilen oranlardan yararlanılmıştır. Bu dağıtım, sağlık ocağının her bir hizmet merkezinde gerçekleşen dolaysız maliyetlerini ortaya koymaktadır.

b) İkinci Dağıtım: Her bir maliyet merkezinin dolaysız maliyeti belirlendikten sonra kademeli dağıtım yöntemi ile yardımcı hizmet merkezlerinin giderleri, esas hizmet merkezlerine dağıtılmıştır. Yardımcı hizmet merkezleri işlevsel yönden diğer merkezlere hizmet sunumlarına göre en fazla sayıda merkeze hizmet sunandan, en az sayıda hizmet sunana doğru sıralanmış ve kendisinden sonra gelen hizmet merkezlerine, iş ölçüm çalışması sonuçlarından elde edilen yüzdelere göre dağıtılmıştır.

c) Üçüncü Dağıtım: Ergazi sağlık ocağında yapılan "İş Ölçümü" çalışmasında her bir iş için harcanan ortalama zaman bulunmuştur. Esas maliyet merkezlerinde yapılan her bir iş için harcanan ortalama zaman, hizmet sayısı ile çarpılarak ağırlıklı zamanlar elde edilmiştir. İkinci dağıtım sonunda esas maliyet merkezlerinde toplanan giderler, ağırlıklı zamana bölünerek, ağırlıklı dakika maliyeti bulunmuştur. Ağırlıklı dakika maliyeti ile harcanan ortalama zamanlar çarpılarak, hizmetlerin birim maliyetleri hesaplanmıştır.

5. Standart Maliyetlerin Hesaplanması: Standart maliyet personel, malzeme ve genel üretim giderlerinden biri ya da bir kaçının önceden belirli bir sayı ya da nitelikte olacağı varsayılr (standart sayı veya miktar). Daha sonra gerçek maliyetlerden de yararlanarak belirlenen standartlara göre sunulacak olan hizmetin maliyetinin ne olacağı önceden hesaplanır.

Sağlık ocaklarında personel giderleri çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle personel giderleri standart hale getirilerek standart birim maliyetler hesaplanmıştır. Personel giderleri iki biçimde standart hale getirilebilmektedir. Birincisi personel maaşlarını düşürmek ikincisi ise personel sayısını azaltmak biçiminde olabilir. Sağlık ocağı personelinin aldığı maaşı düşürme imkanı bulunmadığına göre, kadro fazlası personel başka yere tayin edilerek standart kadroda personel çalıştırılabilir. Sağlık ocağı standart personel kadrosunun belirlenmesi ise aşağıdaki verilerden yararlanarak saptanmıştır.

224 sayılı, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile getirilen sağlık ocağı örgütlenmesinin başlıca özellikleri şöyle özetlenebilir (17-20).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütlenme modeli "dar alanda geniş kapsamlı hizmet" ilkesine dayanmaktadır ve örgütlenme birimi sağlık ocağıdır.

Kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa (kentsel bölgeler için bu nüfus ölçüğü 50 bindir) bir sağlık ekibi kurulacaktır. Bu ekibin üyeleri şunlardır: Hekim (ler), Halk Sağlığı Hemşiresi, Sağlık Memuru ya da Çevre Sağlığı Teknisyeni, Ebeler, Tıbbi Sekreter (ler), Hizmetli (ler), Şoför (ler).

Sağlık ocaklarına bağlı olarak, kırsal alanda 2000 nüfus için bir "sağlık evi", kentsel bölgede ise 2500 nüfus için bir ebe planlanmıştır. Sağlık evlerinde yalnız ebeler hizmet görürler.

Yukarıda sayılan personel tüm sağlık ocaklarında bulunması zorunlu ve gerekli sayılan personeldir (17-20). Bu noktayı temel alarak aşağıda sayılan personel (1 hekim, 1 hemşire, 1 sağlık memuru veya Çevre Sağlığı Teknisyeni, 4 Ebe, 1 tıbbi Sekreter, 1 hizmetli ve 1 Şoför), nüfusu 5-10000 arasında olan bir bölge için, standart kadro olarak kabul edilmiş ve standart maliyet hesapları bu kadrolara göre yapılmıştır.

Ayrıca standart sağlık ocağı tipi ve donanımı olarak; bina ve demirbaş malzemeleri tam ve dört tane lojmanı olan köy tipi bir sağlık ocağı kabul edilmiştir.

ESO 1992 yılında personel dışında yukarıda belirtilen standart özellikleri taşımaktadır. Bu nedenle ESO 1992 yılı gerçek maliyetlerinden, fazla olan personel sayıları ve maliyetleri çıkarılmış böylece standart birim maliyetler bulunmuştur.

Bulgular ve Tartışma: Ergazi sağlık ocağı bölgesinin toplam nüfusu 5.816, 1992 yılında sunulan bazı sağlık hizmetlerinin sayıları: Poliklinik 4387, laboratuvar 418, pansuman ve acil müdahale 144, enjeksiyon 2.985, toplam aşı sayısı 2.278, gebe izlem 573, bebek izlem 1131, çocuk izlem 1173, 15-49 yaş kadın izlem 2.304, suda klor ölçümü 90, gayri sıhhi müessese denetimi 82, mesken denetimi 819, çöplük denetimi 509.

a. Birinci Dağıtımın Sonuçları: Birinci maliyet dağıtımında ESO'da bulunan on üç hizmet merkezinin dolaysız toplam giderleri hesaplanmıştır. Toplam giderlerin %86,93'ü dolaysız personel giderlerinden oluşmaktadır. Buna genel üretim giderleri içinde bulunan dolaylı personel giderleri (%5,56) ve seyyar görev tazminatı (%1,68) ilave edildiğinde toplam giderlerin %94,17'sinin personel giderlerinden, %4,11'nin genel üretim giderlerinden, %1,72'sinin tıbbi tüketim malzemesi ve ilaç giderlerinden oluştuğu bulunmuştur.

Gerçek toplam maliyetin (91.129 ABD\$), maliyet türleri arasında dağılımı ise şöyledir. Tıbbi malzeme ve ilaç %1,72, dolaysız personel gideri %86,93, genel tüketim %0,12, dolaylı personel %5,56, seyyar görev tazminatı %1,68, su %1,78, elektrik %0,06, haberleşme %0,26, yakacak %0,85, bina amortismanı %0,84, demirbaş amortismanı %0,19.

Standart toplam maliyetin (66.512 ABD\$), maliyet türleri arasında dağılımı ise şöyledir. Tıbbi malzeme ve ilaç %2,36, dolaysız personel gideri %83,24, genel tüketim %0,17, dolaylı personel %6,99, seyyar görev tazminatı %1,77, su %2,44, elektrik %0,08, haberleşme %0,36, yakacak %1,16, bina amortismanı %1,15, demirbaş amortismanı %0,26.

b. İkinci Dağıtımın Sonuçları: İkinci dağıtımın sonunda (yardımcı maliyet merkezleri giderleri esas maliyet merkezlerine yükeleniğinde), gerçek toplam maliyetin esas maliyet merkezleri arasında aşağıdaki oranlara göre dağıldığı bulunmuştur.

Poliklinik %34,1, laboratuvar %2,2, acil müdahale ve pansuman %3,2, enjeksiyon %5,5, aşılama hizmetleri %7,7, çevre sağlığı hizmetleri %12,5 ve sağlık evi başına ortalama %8,7 (dört sağlık evi için toplam %34,9).

En fazla maliyete sahip hizmet merkezi %34,1 ile poliklinik hizmet merkezidir. Bunu %12,5 ile çevre sağlığı hizmetleri maliyet merkezi izlemektedir. Bu iki merkezde maliyetlerin diğer merkezlere göre daha yüksek olmasının nedeni aynı işi yapmakla görevli personel sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Poliklinik hizmet merkezinde, 1992 yılı başında iki hekim çalışmakta iken yıl içinde bu sayı dört hekime yükselmiştir. Bu nedenle maliyetler de yükselmiştir.

Çevre sağlığı hizmetleri maliyet merkezinde ise yıl boyunca aynı hizmetler için, hem sağlık memuru hem de çevre sağlığı teknisyeni görevlendirilmiştir. Özellikle çevre sağlığı teknisyeni, sağlık ocağında çevre sağlığından başka hiç bir hizmetle ilgilenmemektedir. Bu nedenle tüm giderleri çevre sağlığı maliyet merkezine yüklenmektedir. Böylece çevre sağlığı hizmetleri maliyet merkezinin giderleri yükselmektedir. Ergazi sağlık ocağı 1992 yılı gerçek toplam gideri 646.142.222 TL., (91.129 ABD \$)'dir.

Hekim ve sağlık memuru sayılarının standart sağlık ocağı kadrosundaki gibi olduğu varsayılr ise fazla olan kadrolarla ilgili giderler olmayacaktır. Ergazi sağlık ocağı 1992 yılı toplam standart gideri 471.600.403 TL., (66.512 ABD \$)'dir.

Görüldüğü gibi maliyetler %27 oranında azalmaktadır. Standart giderlerin maliyet merkezlerine göre dağılımı ise aşağıdaki gibidir.

Poliklinik giderleri toplam giderlerin %23,6'sını, laboratuvar %2,3, pansuman ve acil müdahale %2,9, enjeksiyon %6,6, aşılama %9,6, çevre sağlığı hizmetleri %10,2, sağlık evi hizmetleri %44,8'ni oluşturmaktadır.

Sağlık evi hizmetleri maliyet merkezinin giderleri %9,4 ile %7,8 arasında değişmektedir. Bu farklılık; ebelerin kadro ve derecelerindeki farklılıklar ve bir sağlık evinin bazı giderlerinin mahalle sakinleri tarafından karşılanmasından kaynaklanmaktadır.

c. Üçüncü Dağıtım Sonuçları ile İlgili Özet:

TABLO 1: Ergazi Sağlık Ocağı Sağlık Hizmetleri 1992 Yılı Gerçek ve Standart Maliyetleri (1992).

Hizmetler	Gerçek Maliyet		Standart Maliyet		(Gerçek-Standart) Arası Fark	
	T.Lirası	ABD \$	T. Lirası	ABD \$	ABD \$	(%)
Poliklinik	50271	7.09	25333	3.57	3.52	49.65
Laboratuvar	34814	4.91	26236	3.70	1.21	24.44
Acil Ted. ve Pansuman	137762	19.44	96526	13.61	5.83	29.99
Enjeksiyon	11482	1.67	10400	1.47	0.20	11.98
Aşı	21835	3.08	19836	2.80	0.28	9.91
15-49 Yaş Kadın İzlemi	61475	8.68	45923	6.48	2.20	25.35
Gebe İzlemi	46215	6.52	34524	4.87	1.65	25.31
Bebek İzlemi	59731	8.43	44620	6.29	2.14	25.39
Çocuk izlemi	28775	4.06	21496	3.03	1.03	25.37
Rahim İçi Araç	113512	16.05	84680	11.97	4.08	25.40
Hap Dağıtım	43658	6.15	32569	4.59	1.56	25.40
Kondom Dağıt.	43658	6.15	32596	4.59	1.56	25.40
Klor Ölçümü	52055	7.34	31108	4.39	2.95	40.20
G.Sihhi Mü.De.	189292	26.70	113120	15.95	10.85	40.26
Gıda Denetimi	115468	16.28	69003	9.73	6.53	40.23
Konut Denetimi	78556	11.08	46945	6.62	4.46	40.25

Poliklinik hizmeti birim maliyetinin %0.1'i tıbbi malzeme ve ilaç giderinden, %84.2'si personel giderinden, %15.7'si genel üretim giderlerinden oluşmaktadır.

Aşılama hizmetleri birim maliyetinin %9.8'i tıbbi malzeme ve aşı, %65.9'u personel, %24.4'ü genel üretim giderlerinden oluşmaktadır.

Sağlık evi hizmetleri birim maliyetinin (15-49 yaş kadın, gebe, bebek, çocuk izlemleri, RİA, hap ve kondom dağıtım) %2.3'ü tıbbi malzeme, %72.5'i personel, %25.2'si genel üretim giderlerinden oluşmaktadır.

Toplam giderlerin, %76.2'ni dolaysız personel giderleri, %1.7'sini tıbbi tüketim malzeme giderleri, %22.1'ni genel üretim giderleri oluşturmaktadır. İkinci dağıtım sonundaki maliyet yapısı içerisinde, sabit giderler (dolaysız personel ve genel üretim giderleri) toplam giderlerin %98.3'nü oluşturmaktadır.

Bu sonuçlar birinci basamak sağlık hizmetleri gider türleri içerisinde en büyük payın personel giderleri olduğunu göstermektedir. Dolayısı ile birinci basamak sağlık hizmetleri giderlerini düşürmek için kadro fazlası personel görevlendirilmemelidir. Personel istihdam politikasında bu duruma hiç dikkat edilmediği gözlenmektedir. Örnek olarak Türkiye'nin Batı bölgeleri ve deniz kenarında bulunan illerinde kadro fazlası sağlık ocağı doktoru bulunma oranı %58.6 (17/29), Doğu ve Güneydoğu bölgelerindeki illerde kadro fazlası sağlık ocağı doktoru bulunma oranı %29.6 (8/27), odds ratio 3.4, (%95 confidence interval 1.11-10.19) (21). Doktor istihdamındaki bu dengesizlik sağlık ocağında görevli diğer personel türleri için de geçerlidir (22).

Özellikle batıda bulunanlar olmak üzere il ve ilçe merkezlerindeki sağlık ocaklarında standart kadronun çok üzerinde personel görevlendirilmektedir. Böylece sağlık ocaklarına ayrılan bütçenin önemli bir kısmı kadro fazlası personel ücretleri için harcanmaktadır. Bunun sonucu olarak sağlık ocağı giderleri içerisinde küçük bir oran olmasına rağmen tıbbi tüketim malzemeleri ile genel üretim giderlerine para kalmamaktadır. Bu durum bazen oldukça abartılı bir hal alabilmektedir. Örnek olarak bazı sağlık ocaklarında 10 doktor,

10 hemşire, 30 ebe bulunurken, çocukların boyunu ölçecek bir adet mezuru ya da hastaların hemoglobün düzeyini ölçmekte kullanılan son derece ucuz bir solüsyon bulunmayabilmektedir. Bazı bölgelere gereğinden fazla personel tayin edilmesi kamu kaynaklarının israf edilmesi kötüye kullanılmasıdır. Kamu kaynaklarını kötüye kullanan yöneticilere sebep oldukları kamu zararlarının ödenmesi yoluna gidilmelidir. Ancak maliyet hesapları yapılmadığı için israf edilen kaynaklar ortaya çıkmamakta ve yöneticiler görev yerlerinde kalmakta hatta bir üst göreve terfi edebilmektedirler. Kamu kaynaklarını denetlemekle görevli Sayıştay Denetçileri'nin bu tür çalışmalarını temel olarak gerekli işlemleri yapması yararlı olabilir.

Araştırmanın yapıldığı bu sağlık ocağındaki toplam maliyet 91129\$ olarak gerçekleşmiştir. Oysa standart kadronun dışında personel görevlendirilirse, standart toplam maliyet 66512\$ olarak gerçekleşecektir. Gerekenden fazla personel görevlendirilmiş olması hizmetlerin maliyetini ortalama %27 oranında artırmaktadır.

ESO bölgesinde oturanlara birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla, kişi başına 15.7\$ harcanmıştır. Standart kadroda personel görevlendirmek yoluyla bu harcamayı 11.4\$'a indirmenin mümkün olduğu bulunmuştur.

Sonuçlar ve Öneriler

1. Ergazi sağlık ocağı 1992 yılı gerçek toplam maliyeti 646.142.222 TL., (91.129 ABD \$)'dir. Standart toplam maliyet 471.600.403 TL. (66.512 ABD \$) olarak bulunmuştur.

2. Toplam giderlerin %94.17'sinin dolaylı ve dolaysız personel giderlerinden, %4.11'nin genel üretim giderlerinden, %1.72'sinin tıbbi tüketim malzemesi ve ilaç giderlerinden oluştuğu bulunmuştur.

3. Toplam giderlerin %98.28'ü sabit, %1.72'si ise değişken giderlerden oluşturmaktadır.

4. Hizmetlerin gerçek birim maliyetleri (ABD Doları olarak): Poliklinik 7.09, laboratuvar 4.91, acil tedavi ve pansuman 19.44, enjeksiyon 1.67, aşı 3.08, suda klor ölçümü 7.34, gayri sihhi müessese denetimi 26.70, gıda satış yeri denetimi 16.28, 15-49 yaş kadın izlemi 8.68, gebe izlemi 6.52, bebek izlemi 8.43, çocuk izlemi 4.06, rahim içi araç takma ya da çıkarma hizmeti 16.05, hap ve kondom dağıtım 6.15 olarak bulunmuştur.

5. Hizmetlerin standart birim maliyetleri (ABD Doları olarak): Poliklinik 3.57, laboratuvar 3.70, acil tedavi ve pansuman 13.61, enjeksiyon 1.47, aşı 2.80, suda klor ölçümü 4.39, 15-49 yaş kadın izlemi 6.48, gebe izlemi 4.87, bebek izlemi 6.29, rahim içi araç takma ya da çıkarma hizmeti 11.97, hap ve kondom dağıtım 4.59, olarak bulunmuştur.

6. Standart kadroda personel çalıştırılması durumunda, poliklinik maliyetini %49.6, laboratuvar %24.4, acil tedavi ve pansuman %30.0, enjeksiyon %12.0, aşı maliyetini %10.0, ebe hizmetleri maliyetini %25.4, çevre sağlığı hizmetleri maliyetini %40.3 oranlarında azaltmanın mümkün olduğu bulunmuştur.

7. ESO bölgesinde oturanlara birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla, kişi başına 15.7\$ harcanmıştır. Standart kadroda personel görevlendirmek yoluyla bu harcamayı 11.4\$'a indirmenin olduğu bulunmuştur. Gerekenden fazla personel görevlendirilmiş olması hizmetlerin maliyetini ortalama %27 oranında artırmıştır.

8. Birinci basamak sağlık hizmetleri gider türleri arasında en önemli kısmı personel giderleri oluşturmaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri giderlerini düşürmek için kadro fazlası personel görevlendirilmemelidir.

9. Sağlık ocağı toplam maliyetlerinin, %95'den fazlası sabit gider niteliğinde olması nedeniyle sunulan hizmet sayısı arttığında, hizmetlerin birim maliyetleri düşecek, sunulan hizmet sayısı azaldığında ise hizmetlerin birim maliyeti artacaktır. Bu nedenle mümkün olduğunca fazla hizmet sunulması için çalışmalıdır.

10. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlükleri, Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Ocaklarının giderleriyle ilgili kayıtların daha düzenli tutulması için, "maliyet muhasebesi" ilkelerine uygun bir kayıt sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması, temel sağlık hizmetleri birimlerinde maliyetlerin kolay hesaplanabilmesi açısından yararlı olabilir.

11. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlükleri, Sağlık Grup Başkanlıkları kademelerinde çalışan bazı yöneticilerin, maliyet muhasebesi, maliyet hesabı ve maliyet analizleri konusunda hizmet içi eğitime alınması yararlı olabilir.

12. Bazı sağlık kuruluşlarına gereğinden fazla personel tayin edilmesi kamu kaynaklarının israf edilmesi, kötüye kullanılmasıdır. Kamu kaynaklarını kötüye kullanan yöneticilere sebep oldukları kamu zararlarının ödettirmesi yoluna gidilmelidir. Ancak maliyet hesapları yapılmadığı için israf edilen kaynaklar ortaya çıkmamakta ve yöneticiler görev yerlerinde kalmakta hatta bir üst göreve terfi edebilmektedirler. Kamu kaynaklarını denetlemekle görevli Sayıştay Denetçileri'nin bu tür çalışmaları temel alarak gerekli işlemleri yapması yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Şeref B.: Ergazi Sağlık Ocağı Hizmetlerinin İş Etüdüne Dayalı Birim Maliyetlerinin Hesaplanması. (Yayınlanmamış halk sağlığı uzmanlık tezi). Hacettepe Tıp Fak. Halk Sağlığı: Anabilim Dalı. 1995: 1-96.
2. Gök R.: Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi. AİTİA Muğla İşletmecilik Yüksek Okulu Yayınları. Yayın No:6. Muğla. 1981: 33-103.
3. Over M.: The effect of scale on cost projections for a primary health care program in a developing country. Soc Sci Med.1986; 22 (3): 35160.
4. Burton. N.L.: An Outline of Cost Accounting. Littlefield, Adams & Co. New Jersey. 1962: 12.
5. Cashin. A.J., Polimeni. S.R.: Cost Accounting. International Student Edition, Kosaido Printing Co., LTD. Tokyo.1981: 19. 640.
6. Chatfield. M., Neilson. D.: Cost Accounting. Harcourt Brace Jovanovich, Inc. San Francisco. 1983: 25.
7. Sevgener, A.S: Yönetim Muhasebesi. Marmara İ. Eğitim ve Yardım Vakfı Yayınları No: 1986/2-10. İstanbul. 1986: 20.
8. Şahin. İ.: Hastanelerde Birim Çıktı Maliyetlerin Hesaplanması ve Yatak İşgal Oranına Göre Değişimleri: Sağlık Bakanlığı Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi'nde Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). Hacettepe İ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1992: 9-20.
9. Cleverley. O.W: Essentials of Health Care Finance. (Third Edition) Aspen Publishers. Inc. Gaithersburg. 1992: 216. 225.
10. Morse J.W., Davis J.R., Hartgraves A.L.: Management Accounting. Addison-Wesley Publishing Company Inc. USA 1991: 291.
11. Hansen R.D., Mowen M. M., Management Accounting. Second Edition. South-Western Publishing Co. Cincinnati Ohio.1992: 737-38.
12. Smith J.L., Keith M.R., Stephens W.C. Managerial Accounting, McGraw-Hill Book Comp. USA. 1988: 21-68.
13. Bursal N., Ercan. Y.: Maliyet Muhasebesi. İstanbul Ü. Muhasebe Enstitüsü Yayın No: 58. İstanbul. 1990: 3-153.
14. Edwards J.D., Hermanson R.H., Salmanson R.F.A Survey of Financial and Managerial Accounting. Fifth Edition. Irwin. Inc. Boston. 1989: 566-582.
15. Hirsch M.L.: Advanced Management Accounting. PWS-KENT Publishing Company. Massachusetts. 1988: 421-22.
16. Kızıl. A.: Standart Maliyet Farkları ve Yönetim Açısından Analizi. İstanbul Ü. İşletme Yönetimi ve Muhasebe Enstitüsü Yayın No: 2. İstanbul. 1979: 4-6.
17. Eren N., Öztekin. Z.: Sağlık Ocağı Yönetimi. Okan Yayıncılık. Ankara. 1985. 25-27.
18. Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Sayı: 154. 1963.
19. Türkiye Cumhuriyeti. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin yürütülmesi Hakkında Yönetmelik. Karar sayısı: 6/3470.09.09.1964 gün ve 11802 sayılı Resmi Gazete.
20. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Cumhuriyeti. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin yürütülmesi Hakkında yönerge. Sayı 154.. TC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. 1964.
21. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.1994-1995 Çalışma Yılı. Ankara. 1997: 4. 162-167.
22. Soyer A. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları. Türk Tabipleri Birliği. Ankara.1992: 41-45.

SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM ARACI OLARAK MALİYET MUHASEBESİ

Yrd. Doç. Dr. Besim ŞEREF*

*:Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD öğretim üyesi.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı yönetim muhasebesi konusunu sağlık yöneticilerine kısaca tanıtmaktır. Yöntem; yerli ve yabancı kaynaklar taranarak bir derleme yapılmıştır. Bulgular: yönetim muhasebesi, sağlık yöneticilerinin planlama, karar verme ve kontrol işlemlerinde kullanılabileceği önemli bir bilgi sistemidir. Yönetim muhasebesinin en önemli bölümü birim maliyetlerin hesaplanması konusudur. Bu nedenle maliyet kavramı, türleri, merkezleri, ölçümü ve dağıtım konuları ayrıntılı olarak anlatılmaktadır. Bir yöneticinin, yönetim fonksiyonunu yerine getirebilmek için yönettiği organizasyona ilişkin bilgilere ihtiyacı vardır. Bir organizasyon içindeki en önemli bilgi sistemi ise maliyet muhasebesi sistemidir. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin yönetim muhasebesi konusunu bilmeleri ve bu bilgilerden yararlanmaları daha başarılı olmalarına katkıda bulunacaktır.

I. Giriş: Halk sağlığı uzmanlarının sağlık yönetimi konusunu iyi bilmeleri beklenmekte ve eğitim programları içerisinde yönetim konusunun ana konulardan birisi olduğu vurgulanmaktadır.

Ancak bildiğimiz kadarıyla halk sağlığı anabilim dalları eğitim programları içerisinde yönetim muhasebesi konusunda bir ders bulunmamaktadır.

Oysa yönetim muhasebesi, sağlık yöneticilerinin planlama, karar verme ve kontrol işlemlerinde kullanılabileceği önemli bir bilgi sistemidir. Bir organizasyon içindeki en önemli bilgi sistemi maliyet muhasebesi sistemidir.

Bu nedenle halk sağlığı uzmanlarının bu konuyu tanımlarının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Bu amaçla yönetim muhasebesi konusu çeşitli kaynaklardan yararlanarak kısaca tanıtmaya çalışılmıştır.

Yönetim muhasebesi ve bir alt dalı olan maliyet muhasebesi teorisi ve uygulamaları ilk önce sanayi kuruluşlarında geliştirilmiş daha sonra hizmet sunumu yapan kuruluşlar tarafından da yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bundan dolayı konuyla ilgili kaynakların çoğunda "işletme" terimi kullanılmaktadır. Bir kısım kaynaklarda ise "kuruluş", "organizasyon", "sağlık kuruluşu" terimleri kullanılmıştır.

Bu nedenle orijinal terimler değiştirilmeden kullanılmıştır. Bu derlemede kullanılmış olan yukardaki terimler belirli bir hizmet sunmak ya da ürünü üretmek amacıyla faaliyet gösteren ve yönetim fonksiyonuna ihtiyaç duyan bir organizasyon için kullanılmıştır.

II. Yönetim Muhasebesi Kavramı ve Önemi: Muhasebe; finansal muhasebe ve yönetim muhasebesi olmak üzere iki temel bölüme ayrılan bir bilgi (information) sistemidir. Yönetim muhasebesi organizasyonun kendi içindekilere, finansal muhasebe ise organizasyon dışındaki kişi ve kurumlara yönelik bilgi sistemidir (1).

Yönetim Muhasebesi; Amerikan ulusal maliyeciler birliği tarafından şöyle tanımlanmaktadır. Yönetim tarafından bir organizasyonun planlanmasını, değerlendirilmesini, kontrolünü ve sorumlu olduğu kaynakların amaca uygun olarak kullanımını temin etmek için finansal bilgilerin tanımlanması, ölçülmesi, toplanması, hazırlanması, analizi ve yorumlanması süreçleridir (2).

Finansal bilgi, terimi bir organizasyon için gerekli olan ve parayla ölçülebilen her tür kaynağa (malzeme, bina, araç, işçi, para vb) ilişkin bilgiyi kapsamaktadır.

Bilindiği gibi yönetimin temel görevleri planlama, örgütleme, yürütme ve kontrol işlerinden oluşmaktadır. Yönetim muhasebesi bu işlerin yapılması için gerekli olan temel bilgiyi sunmaktadır. Bir yönetici ne kadar yetenekli olursa olsun yukarda sayılan süreçlere ilişkin finansal bilgiye sahip değil ya da bu bilginin nasıl kullanılacağını bilmiyor ise başarılı olamaz.

Yönetim muhasebesinin, yönetimle ilişkisi üç açıdan önem taşımaktadır (1).

1. Yöneticilerin, muhasebe bilgisine ve bunların nasıl kullanıldığını bilmeye ihtiyacı vardır.

2. Muhasebe bilgisi yöneticilere sorunların tanımlanması, çözümü ve performansın değerlendirilmesi konularında yardımcı olur.

3. Muhasebe bilgisi her tür organizasyon tarafından kullanılabilir.

Muhasebecinin görevi yöneticilerin planlama, kontrol ve karar almasına yarayan bilgileri temin etmektir (3). Yöneticilerin de görevi bu bilgileri kullanmaktır (1).

Yönetim muhasebesi konusu 1800 yılların ikinci yarısında gelişmeye başlamış, zaman içinde temel ilke ve standartları belirlenmiş ve günümüzde yönetim için vazgeçilmez bir araç durumuna gelmiştir. Başta sanayi kuruluşları olmak üzere her tür organizasyon tarafından günlük uygulamaların bir parçası haline getirilmiştir.

Ancak bu araçtan ülkemizdeki kamu sağlık kuruluşlarının hiç biri yararlanmamaktadır. Bir sağlık yöneticisinin böyle bir araçtan yararlanması için hiç bir yasal engel bulunmamasına ve ek olarak fazla bir parasal yük getirmemesine rağmen kullanılmıyor olması, yöneticilerin bu aracı tanımamalarından kaynaklanabilir.

Kamu sağlık kuruluşlarında yönetim muhasebesi uygulamalarının yerleştirilmesi ve sağlık yöneticilerinin de bu konuyu bilmeleri yararlı olabilir.

III. Maliyet Kavramı: Bir kuruluşun kendi konusuna giren mal ve hizmetleri elde edebilmek için harcadığı çeşitli üretim faktörlerinin para ile ölçülen değerine o ürünün maliyeti denir (1,4-8,23).

Bir harcama veya giderin maliyet sayılabilmesi için, öncelikle maddesel bir değer veya hizmetin üretiminde tüketilmiş olması (10) ve değerinin para birimi ile ifade edilebilmesi gerekmektedir (11).

IV. Birim Maliyetleri Hesaplamının Önemi: Bir sağlık kuruluşunda, bir hizmetin birim maliyetinin bilinmesinin şu faydaları vardır (10).

- a. Malzeme kullanımını denetim altında bulundurmak,
- b. İnsangücünün boşa kullanılmasını önlemek,
- c. Genel bütçe giderleri ile toplam maliyetleri karşılaştırabilmek,
- d. Maliyet hesaplanmasına yarayan kayıt ve istatistikler yardımıyla verimsiz yatırımları önlemek,
- e. Üretim maliyetini düşürme olanağını araştırmak,
- f. Sağlık işletmesinin çeşitli hizmetlerini verimlilik yönünden karşılaştırmak ve işletmeye doğru bir yön vermek,
- g. Gereksiz maliyetleri yok etmek,
- h. Sağlık çalışanlarına ekonomik düşünme alışkanlığını kazandırmak,

Özet olarak, birim maliyetin hesaplanması, sağlık kuruluşunda verimliliğin oluşturulması ve akılcılığın sağlanması açısından zorunludur (10).

V. Birim Maliyetleri Hesaplama İlkeleri:

a. Bölüştürme ilkesi: İşletme maliyetlerinin toplamının, işletmede sunulan hizmetlerin toplamına bölünmesi esasına dayanır (10). Uygulanması çok basittir. Maliyet hakkında çok genel bir bilgi verebilmektedir. Bu nedenle çok ender uygulanmaktadır.

b. Ekleştirme ilkesi: Aşağıdaki bölümlerde açıklananacağı gibi bir hizmetin maliyeti, dolaysız malzeme, dolaysız işgücü ve genel üretim maliyetleri olmak üzere başlıca üç unsurdan oluşmaktadır.

Bu maliyet unsurlarından dolaysız malzeme ve dolaysız işgücü maliyetlerinin tutulacak kayıtlardan kolayca saptamak olasıdır. Bu bakımdan hesaplamada güçlük çekilmemektedir. Genel üretim maliyetleri ise ancak dağıtım tablosu yoluyla hizmetlere yüklenir (10). Bu nedenle maliyetlerin hesaplanması, basit üleştirme ilkesine göre doğru sonucu veremeyeceğinden, ekleştirme ilkesine göre yapılmaktadır.

VI. Maliyetlerin Sınıflandırılması: Maliyetler, sağlık yöneticilerinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çok farklı biçimlerde sınıflandırılabilir (12).

Sağlık işletmelerinin maliyetleri önce iki başlık altında toplanabilir. Birinci başlık yatırım maliyetleri, ikinci başlık işletme maliyetleridir (13).

Yatırım maliyetleri: Bir işletmenin çalışır duruma gelmesi için alt yapısının kurulması sırasında ortaya çıkan maliyetlerdir. Arsa alınması, binaların inşa edilmesi, kullanılacak gereçlerin alınması ve çeşitli donanımların kurulması, işe alınan personelin eğitimi vs. konulara ilişkin maliyetlere yatırım maliyetleri denmektedir (14).

İşletme maliyetleri: Sağlık kuruluşunun çalışması ve sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan maliyetlerdir. Bu maliyetlerin başlıcaları şunlardır, maaş ve ücretler, yedek parça ve tıbbi aletler, malzemeler (ilaç, elbise...), elektrik, su, yakıt gibi tüketim giderleri, personelin hizmet içi eğitim giderleri (14, 15).

İşletme maliyetleri bazı ölçütlere göre sınıflandırılabilir (11, 16, 17).

A. Maliyetlerin türlerine göre ayırım

(1) Malzeme maliyetleri: Sağlık hizmetlerinin sunumu amacıyla kullanılan her tür maddenin maliyeti.

(2) İş gücü (personel) maliyetleri: Bu maliyetler "işçilik", "ücret", "maaş" biçiminde karşımıza çıkabileceği gibi, "prim", "ikramiye", "tazminat", "tatil ücreti", isimleri altında da ele alınabilir.

(3) Sabit giderleri kullanma maliyeti (Amortisman), işletmede bir yıldan daha uzun süre kullanılabilen bina, makina, tesisat ve demirbaşların maliyetleri amortisman maliyeti olarak ele alınır.

(4) Riziko karşılama maliyetleri: Bu başlık altında toplanan maliyetler sıklıkla işletmenin sigorta maliyetleridir.

(5) Sosyal maliyetler: İşletmenin sosyal ve kültürel amaçlar için, zorunlu olarak kendi yapısı dışındaki birey ve kurumlara yaptığı yardımlar bu gruba girer.

(6) Vergiler Maliyetleri: Her tür resim, harç ve vergiler bu gruba girer.

(7) Dışardan sağlanan hizmetlerin maliyeti: Başka bir kurum veya kişiden alınan hizmetler için yapılan giderler bu gruba girer.

B. Maliyetlerin, işletmenin işlevleri açısından ayırımı: İşletmenin başlıca işlevlerine göre, şu maliyetler ayrılabilir (5, 11).

(1) Tedarik maliyetleri

(2) Üretim maliyetleri

(3) Yönetim maliyetleri

(4) Satış maliyetleri

(5) Finansman maliyetleri

C. Maliyetlerin yüklenme biçimine göre ayırımı: Maliyetler, hizmetlere yüklenme olanaklarına göre iki gruba ayrılır (11, 12, 14).

(1) Dolaysız (Direkt) Maliyetler: Hizmet ya da ürün maliyetlerine doğrudan doğruya yüklenabilen maliyetlere dolaysız maliyetler adı verilir. Sıklıkla dolaysız malzeme (hammadde) ya da dolaysız işçilik (personel) maliyeti şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

(2) Dolaylı (indirekt) maliyetler, dolaysız maliyetlerin dışında kalan tüm maliyetlerdir. Bu maliyetler hizmetlere (ürünlere) ancak dolaylı yollarla yüklenebilir.

Maliyetlerin hizmetlere (ürünlere) yüklenme olanağına göre ayırımı, maliyetlerin hesaplanmasında büyük kolaylık sağlar (11).

D. Maliyetlerin faaliyet hacmi karşısındaki davranışına göre ayırımı:

(1) Sabit maliyetler: Belirli bir zaman dilimi içinde hizmet hacminin azalıp çoğalmasına karşın, toplam olarak aynı kalan maliyetlere sabit maliyetler denilmektedir (5, 11, 12).

Kısa dönemde hizmet sayısındaki değişimlerden etkilenmeyen, hizmet sayısı artsın ya da azalsın, hep sabit kalan hiç değişmeyen maliyetlerdir.

(2) Değişken maliyetler: Hizmet sayısındaki dalgalanmalara paralel değişimler gösteren, hizmet sayısı arttıkça artan, azaldıkça azalan maliyetlerdir (8).

(3) Yarı değişken maliyetler: Yarı değişken maliyetler, hem sabit hem de değişken maliyet özelliklerini birlikte taşırlar. Yalnız ne sabit ne de değişken maliyet tanımına uymazlar (8).

Örnek olarak tamir-bakım maliyetleri yarı değişken maliyetlerdir. Tamir ekibi hazır bulundurulur ve personel giderleri sabittir, arıza ya da bakım olduğunda, bakım ve arızanın durumuna göre ek maliyetler çıkacaktır. Bu nedenle tamir-bakım hizmetleri maliyetlerine ne sabit maliyet, ne de değişken maliyet olarak sınıflamak olası değildir. Bunlar yarı değişken maliyet ya da yarı sabit maliyet olarak sınıflandırılmaktadır (11).

E. Maliyetlerin fiili rakamlar olup olmamasına göre ayırımı:

(1) Gerçek maliyetler: İşletmede hizmet sunumu gerçekleşikten sonra fiili rakamlar kullanılarak yapılan maliyet hesaplamalarıdır. Bu yöntemin bir diğer adı tarihi "maliyet"tir (11).

(2) Tahmini maliyetler: İşletme hizmet sunumunu gerçekleştirmeden önce tahmin ve tesbit edilen maliyetlere tahmini maliyetler adı verilir (11).

Standart maliyet yöntemi, tahmini maliyet yönteminin bir türüdür. İşçilik, malzeme ve genel üretim giderleri için, gerçek maliyetlerden yararlanarak standartlar oluşturulur ve bu standartlara göre hizmet sunulduğunda maliyetinin ne olacağı önceden tahmin edilir (19).

F. Maliyetlerin sorumluluk açısından ayırımı: İşletmelerde her birimin bir sorumlusu bulunmaktadır. Bir işletmede sorumlusu bulunan birimlere sorumluluk merkezleri adı verilir. Bir maliyet kaleminin düzeyi, bir sorumluluk yöneticisi tarafından etkilenebiliyorsa, o maliyetin o yönetici açısından kontrol edilebilir bir maliyet olduğu söylenir. Bu açıdan maliyetler iki gruba ayrılır (11, 20).

(1) Kontrol edilebilir maliyetler,

(2) Kontrol edilemeyen maliyetler.

G. Maliyetlerin karar verme amaçları açısından ayrımı: Bu ayırmada, maliyetler karar verme amaçları açısından sınıflanmaktadır. Karar verme bir amaca ulaşmanın birden fazla yolu olduğunda söz konusu olur. Akılcı bir karar verirken, alternatiflerin sağlayacağı yararlarla, getireceği külfetler karşılaştırılır. Karar verme amaçları açısından maliyetler, üç grupta toplanır (11).

(1) Fark eden maliyetler: İşletmenin faaliyet hacmi bir düzeyden diğerine değişirken maliyetlerde ortaya çıkan değişiklik olarak tanımlanır. Ekonomide bu kavram yerine marjinal maliyet kavramı kullanılır. Bu anlamda marjinal maliyet, üretilen son birimin toplam maliyette yarattığı artıştır. İşletmecilikte ise, belli bir kararın toplam maliyette yaratacağı net fark daha büyük önem kazanır (11).

(2) Fırsat maliyetleri: Belli bir alternatifin seçilmesi nedeniyle seçilmemiş olan en iyi alternatifin mahrum kalınan net yararı, seçilmiş olan alternatifin fırsat maliyeti olarak tanımlanır (11, 14).

(3) Batmış maliyetler: Daha önce elde edilmiş olan varlıkların alternatifler arasından yapılacak seçimden etkilenmeyecek olan maliyetidir. Örnek, mevcut bir makinenin yerine yenisini satın alma şeklinde ortaya çıkan yatırım kararlarında, mevcut makinenin orijinal maliyeti yatırım kararını etkilemez (11).

Yukarıda açıklandığı gibi, maliyet türleri, işletmenin yapısına, yönetimin ihtiyaçlarına göre, çeşitli biçimlerde sınıflanmaktadır. Üretim maliyetleri genellikle üç başlık altında toplanmaktadır (21). İşçilik (personel) maliyetleri, malzeme maliyetleri, genel üretim maliyetleri.

Dolaysız malzeme ve dolaysız işçilik dışında kalan ve üretimle ilgili olan bütün maliyetler "genel üretim maliyetleri" başlığı altında toplanabilir. Bu maliyetler, doğrudan doğruya hizmetlere yüklenemeyen, yani dolaylı maliyetlerdir. Bu maliyetlerin bir kısmı saat, bir kısmı ise değişken maliyetlerdir (11).

VII. Genel Maliyeti Hesaplamanın Temel Araçları: Genel maliyeti hesaplama işlemi, bir bölümün diğer bölüme yaptığı hizmetin maliyetinin dağıtımıyla ilgili olup, işlevlerin veya etkinliklerin toplam maliyetini hesaplama amacıyla yapılır. Genel maliyeti hesaplamanın temel araçları şu şekilde belirtilebilir (10).

- İşlevsel (Fonksiyonel) hesaplar,
- Maliyet merkezlerinin seçimi,
- İstatistikler.
- Maliyet dağıtım ölçütlerinin saptanması,
- Maliyet hesaplanmasında kullanılan maliyet bölüştürme yönteminin saptanması,

VIII. İşlevsel Hesaplar: İdeal temel maliyet muhasebe çizelgesi, hesapları sağlık kuruluşunda yapılan işlevlere göre gruplandırılır. Tüketilen maddelerin, maaşların, malzemelerin vs. hesapları harcamanın yapıldığı işlevlere göre gruplandırılır.

Bu gruplandırmada belirleyici olan, yönetimin maliyet bilgisine olan gereksinimi, hizmet ve etkinliklerin yerine getirilmesinde sorumluluğun dağılımı, etkinliklerin fiziki yeri ve miktarı, etkinlikleri ölçme araçlarıdır (10).

Sonuç olarak, maliyet hesaplama işleminde, kolaylıkla dağıtılabilmesi için, giderler etkinliklere göre gruplandırılmalıdır. Maliyet hesaplanması, dolaysız maliyetlerin uygun işlevsel gruplandırılmasıyla ilk aşamalarda kolaylaştırılabilir (10).

IX. Maliyet Merkezleri: Maliyet merkezleri, maliyetleri saptanan bölümlerdir. Maliyet merkezlerinin seçimi, öncelikle yönetimin istediği maliyet verilerine, sonra da sağlık kuruluşunda yürütülen etkinliklerin sayısı ve türüne göre yapılır (10).

Maliyet merkezinin üç işlevi vardır (10): a) Maliyetleri bünyesinde toplamak ve üretilen mal ve hizmetlere yüklenen maliyet payının saptanmasına olanak vermek; b) Maliyetlerin ortaya çıktıkları ya da yüklendikleri yerler itibarıyla kontrolünü kolaylaştırmak; c) Maliyetlerin bu merkezler itibarıyla planlanmasına, bütçelenmesine olanak vermek.

İşletmelerde mevcut maliyet merkezlerinin maliyet muhasebesi sistemine uygun olarak sınıflandırılmasında aşağıdaki yöntemler kullanılmaktadır (5, 8, 22).

A. İşlevsel bölümlenme: Bu yöntemde göre, aynı işi yapan personel, araç ve gereçten oluşan her birim, ayrı bir maliyet merkezi olarak kabul edilir. Burada ölçüt yapılan iş olup, işin yapıldığı yer önemli değildir.

Sağlık işletmesi maliyetlerini işlevsel bölümlenme esasına göre, hizmetlere yüklenme olanağı dikkate alınarak yapılacak bir gruplamada maliyet merkezlerini, esas maliyet merkezleri ve yardımcı maliyet merkezi olarak iki gruba ayırmak olasıdır (9).

(1) **Esas Maliyet Merkezleri:** Sağlık hizmeti sunumu ile doğrudan uğraşan, hasta tedavisi, hastalıklardan korunma ve sağlıklı yaşatma ile doğrudan ilişkisi bulunan bölümlerdir. Bu tanıma göre sağlık ocaklarındaki esas maliyet merkezleri üç bölüm halinde incelemek olasıdır (18).

- Tedavi edici hizmet merkezleri (Poliklinik, Acil tedavi ve pansuman, enjeksiyon gibi).
- Koruyucu hizmet merkezleri (Aşılama, Çevre sağlığı, Ana çocuk sağlığı (Sağlık evi hizmetleri) gibi),
- Özel hizmet merkezi (Laboratuvar hizmetleri, gibi).

(2) **Yardımcı Maliyet Merkezleri:** Esas maliyet merkezinin dışında kalan maliyet merkezleridir. Yardımcı maliyet merkezleri hasta tedavisi ile doğrudan ilişkisi bulunmayan ancak esas maliyet merkezlerinin faaliyetlerini eksiksiz ve kesintisiz olarak yürütebilmeleri için hizmet veren maliyet merkezleridir (9).

Hastanelerde genel hizmet bölümleri olarak nitelendirilen yardımcı maliyet merkezlerini şu temel gruplara ayırmak olasıdır (5, 8).

- Tıbbi destek hizmet merkezleri:** Steril depo, sosyal hizmet ünitesi vs.
- Genel yönetim hizmet merkezleri:** Başhekimlik, hastane müdürlüğü vs.
- Mali yönetim hizmet merkezleri:** Döner sermaye, ayrıntı, satınalma vs.
- Teknik hizmet merkezleri:** Teknik bakım atelyesi, ulaştırma, haberleşme, çamaşırhane, terzihane, mutfak vs.
- Personel destek hizmetleri:** Kreş, lojman vs.

Bu tanımlardan yararlanarak sağlık ocağı yardımcı maliyet merkezlerini aşağıdaki şekilde sınıflamak uygun olabilir:

-**Genel yönetim hizmet merkezi:** Bu görev sağlık ocağı doktoruna verilmiştir.

-**Sekreterlik hizmetleri:** Bu görev tıbbi sekretere verilmiştir.

-**Ev idaresi hizmetleri:** Hastanelerdeki teknik hizmet merkezlerinin karşılığıdır ve bu görevler sağlık ocağı hizmetlisi ile şöforüne verilmiştir.

B. Yerel bölümlenme: Yer bakımından aynı özellikleri taşıyan veya diğerlerinden belirli fiziksel unsurlarla ayrılabilen yerlerden her biri, tek tek veya gruplandırılarak ayrı bir maliyet merkezi olarak kabul edilir. Örneğin bir binanın çeşitli katlarının, bir kaç salonun bir maliyet merkezi olarak kabul edilmesi gibi.

C. Sorumluluklara göre bölümlenme: Bu yöntemde göre başında sorumlu bir yöneticisi olan her örgüt birimi bir maliyet merkezi olarak kabul edilmektedir.

Maliyet merkezlerinin ayırımında, ideal olan yaklaşım maliyet merkezlerinin bu üç esası da taşımasıdır. Bu üç temel esasın bağdaşmaması durumunda hangi esasın kullanılarak maliyet merkezlerinin belirleneceği konusu işletme yöneticisinin deneyimine ve pratik zekasına bağlıdır (8, 9).

X. Maliyet Dağıtım Ölçütleri: Maliyet dağıtım ölçütleri yardımcı maliyet merkezlerinde oluşan maliyetlerin esas maliyet merkezlerine dağıtımında kullanılan araçlardır. Maliyet dağıtımı için seçilen ölçütün maliyetin niteliği ile gider merkezi arasındaki ilişkiyi en iyi şekilde göstermesi gerekmektedir (5).

Maliyet çalışması, maliyeti oluşturan tüm maliyet etmenlerini (işçilik, hammadde, malzeme vs. gibi) en açık şekilde ortaya koyabilmelidir. Maliyetlerin dağıtımında kullanılan ölçütler genellikle, maliyet merkezine yapılan hizmetin fiziki miktarına veya para cinsinden toplam tutarını ölçmeye yönelik olurlar. Bu ölçütlerin özellikleri aşağıdaki biçimde tanımlanabilir (10):

(1) **Fiziki maliyet ölçütleri:** Bir maliyet merkezi tarafından sunulan hizmetin sayısal miktarının saptanmasına imkan verir. Sayısal ölçütlerde, ağırlıklı ortalama sistemin kullanılması olasılığı sürekli göz önünde bulundurulmalıdır.

(2) **Özel maliyet veya zaman çözümlenmeleri [iş ölçüm çalışması]:** Bir maliyet merkezinin diğer maliyet merkezlerine verdiği hizmet oranlarını saptamada kullanılır. Bu çalışmalardan maliyet dağıtımında kullanılacak olan oranlar ve yüzdeler elde edilir.

(3) **Alan ölçütleri:** Çok sık kullanılmasına karşın, maliyetleri miktar olarak ölçmesi oldukça güçtür. Maliyet dağıtımında, alan ölçütlerinden hiç birinin uygun olmadığı durumlarda, bir merkezin maliyetleri hizmet verdiği merkezlerin dolaysız giderlerine göre dağıtılır. Bu yöntem, genellikle genel yönetim giderlerinin maliyet merkezlerine dağıtımında başarı ile uygulanır.

XI. Maliyet Dağıtım Yöntemleri: Sağlık kuruluşlarında maliyet hesaplanmasında başlıca dört tür maliyet dağıtım yönteminden yararlanılır (10).

(1) **Dolaysız dağıtım yöntemi:** Yardımcı maliyet merkezlerinin maliyetleri, esas maliyet merkezlerine dolaysız biçimde dağıtılır. Yardımcı maliyet merkezlerinin birbirlerinden aldıkları hizmetler gözönüne alınmaz. Yardımcı maliyet merkezlerinde toplanan maliyetler, sağlık kuruluşu yönetimi tarafından belirlenen maliyet dağıtım ölçütlerine göre esas maliyet merkezlerine yüklenir.

Dolaysız bölüştürme her ne kadar yönetsel ve yazışma yönleriyle basitse de (10) yardımcı maliyet merkezleri arasındaki maliyet alışverişlerini göz önüne almadığı için yapılan maliyet hesaplamalarında hatalı sonuçlara ulaşma olasılığı yüksektir (23).

(2) **Kademeli (İndirgeme) Dağıtım Yöntemi:** Yardımcı maliyet merkezlerinin giderleri, yardımcı maliyet merkezleri ve esas maliyet merkezlerine dağıtılır. İlk önce en çok sayıda maliyet merkezine (Esas ve diğer yardımcı maliyet merkezleri dahil) hizmet veren yardımcı maliyet merkezinin gideri dağıtılır. Daha sonra ikinci derecede en çok maliyet merkezine hizmet veren, sonra üçüncü derecede en çok maliyet merkezine hizmet veren vs. şeklinde dağıtımlar yapılır. İndirgeme yöntemi, bütün maliyetleri en sonda esas maliyet merkezlerine yükler.

İndirgeme yöntemi değişik yardımcı maliyet merkezleri arasındaki maliyet alışverişine tam anlamıyla olanak tanımayışı açısından eleştirilir (10, 11) fakat indirgeme yöntemi değeri genellikle kanıtlanmış ve çok sık kullanılan maliyet dağıtım yöntemidir (5, 10, 24).

(3) **Çift Dağıtım Yöntemi:** Çift dağıtım yöntemi, tüm maliyetler en sonunda esas maliyet merkezlerine yüklenmeden önce, yardımcı maliyet merkezleri arasında hizmet alışverişini duyarlı olarak yansıtacak şekilde maliyetlerin iki kez dağıtımını demektir.

İki ayrı maliyet dağıtımını kullanılır. İlk dağıtımda, bütün maliyet merkezlerinin dolaylı ve dolaysız masrafları, önceden kabul edilen dağıtım ölçütlerine göre, değişik maliyetlere dağıtılır.

İkinci dağıtımda gelir sağlamayan bölümlere yüklenen maliyetler tekrar gelir sağlayan bölümlere aynı yükleme ölçütleri (birinci dağıtımda kullanılan) kullanılarak paylaşılır.

Çift dağıtım yöntemi, hastane maliyetlerinin dağıtımını için, gerek dolaysız bölüştürme, gerekse indirgeme yöntemlerine kıyasla daha duyarlı bir yöntemdir (10).

(4) **Matematiksel Dağıtım Yöntemi:** Bu yöntemde yardımcı maliyet merkezlerinin birbirlerinden aldıkları hizmetlerin yüzdeleri belirlenir. Bu yüzdeler dikkate alınarak kurulan matematiksel denklemlerin çözümü sonucunda, yardımcı maliyet merkezlerinin birbirinden aldıkları paylar belirlenir. Daha sonra belirlenen ikinci dağıtım ölçütleri ile yardımcı maliyet merkezlerinde toplanan giderler, esas maliyet merkezlerine dağıtılır (23).

Matematiksel yöntemi en yararlı şekilde kullanabilmek için bilgisayardan yararlanmak gerekir. Pratik açıdan bakıldığında, çift bölüştürme yöntemi bilgisayarsız yöntemlerin en iyisidir (10).

XII. İstatistiksel Kayıtlar: Bir bölümün maliyetlerinin dağıtımında, o bölüm tarafından sunulan hizmetlerin türü, sayısı, hizmetlerin hangi bölümlere verildiği gibi bilgilere ihtiyaç vardır. Bu bilgiler ise ancak istatistikî kayıtlardan bulunabilir. Bu nedenle işleminin her bölümünün doğru ve ihtiyaçlara cevap verecek nitelikte bir kayıt sistemi olmalıdır. Bir bölümün maliyetinin dağıtılması amacıyla toplanan istatistik, o bölümde yapılan hizmetlerin sayısını göstermelidir (10).

XII. Birinci, İkinci ve Üçüncü Dağıtım Tablo larının Hazırlanması: Belirli zamanlarda (bir ay, altı ay, bir yıl gibi) yukarıda açıklanan ikelerden yararlanarak, toplanan, sınıflanan, ölçülen ve dağıtılan maliyetler belirli kurallara göre yapılan standart tablolar halinde sunulmaktadır.

XIII. Verilerin Yorumlanması ve Rapor Yazımı: Tablolarda sunulan veriler yorumlanır ve bir rapor haline getirilir.

XIV. Sonuç ve Öneriler:

1. Bilgi yönetim süreci için hayati bir öneme sahiptir ve muhasebe bir organizasyon içindeki büyük bilgi sistemlerinden biridir.
2. Yönetim; yöneticiler tarafından gerçekleştirilen planlama, karar alma ve kontrol süreçlerinden oluşmaktadır. Bir yöneticinin sorumluluklarını tam olarak yerine getirmesi ve başarılı olabilmesi için muhasebe mutlaka bilinmesi gereken bir araçtır.
3. Geleceğin yöneticileri çalışmalarını sırasında muhasebenin önemli bir yere sahip olduğunu görmelidir.
4. Muhasebecinin görevi yöneticilerin planlama, kontrol ve karar almasına yarayan bilgileri temin etmektir. Yöneticilerin de görevi bu bilgileri kullanmaktır.
5. Ülkemizde özellikle kamu sağlık kuruluşlarında yönetim muhasebesi sisteminin uygulanması kaynakların daha verimli kullanılmasına katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

1. Hansen R.D., Mowen M.M., Management Accounting, Second Edition, South-Western Publishing Co. Cincinnati Ohio, 1992;
5. Morse J.W., Davis J.R., Hartgraves A.L: Management Accounting, Addison-Wesley Publishing Company Inc. USA, 1991;
22. Hirsh M.L.: Advanced Management Accounting, PWS-KENT Publishing Company, Massachusetts, 1988: 4.
4. Burton N.L., An Outline of Cost Accounting, Littlefield, Adams & Co. New Jersey, 1962: 12.
5. Cashin A.J., Polimeni S.R., Cost Accounting, International Student Edition, Kosaido Printing Co., LTD, Tokyo, 1981: 19-326.

6. Chatfield M., Neilson. D.. Cost Accounting. Harcourt Brace Jovanovich, Inc. San Francisco.1983; 25.
7. Sevgener A.S., Yönetim Muhasebesi. Marmara İ. Eğitim ve Yardım Vakfı Yayınları No: 1986/2-10. İstanbul. 1986; 20.
8. Akar Ç., Devlet Hastaneleri Muhasebe Düzeni. Sağlık Yönetimi Dergisi 1987: Yıl 1, Sayı 1; 35-96.
9. Şahin İ. Hastanelerde Birim Çıktı Maliyetlerin Hesaplanması ve Yatak İşgal Oranına Göre Değişimleri: Sağlık Bakanlığı Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi'nde Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). Hacettepe İ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1992: 9.
10. Gök R.. Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi. AİTİA Muğla İşletmecilik Yüksek Okulu Yayınları. Yayın No:6. Muğla. 1981: 37-83.
11. Bursal N., Ercan Y., Maliyet Muhasebesi. İstanbul Ü. Muhasebe Enstitüsü Yayın No: 58. İstanbul. 1990; 3-202.
12. Cleverley O.W., Essentials of Health Care Finance. (Third Edition) Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg. 1992; 216.
13. Lee. K., Recurrent Costs In The Health Sector. World Health Organization. WHO/SHS/NHP/89.8. Geneva.1989; 16.
14. Smith J.L., Keith M.R., Stephens W.C., Managerial Accounting. Mc Graw-Hill Book Company. U. S. A.1988; 8-68.
15. Üstün R. Yönetim Muhasebesi. İkinci Baskı. Bilim ve Teknik Yayınevi. İstanbul.1992; 116-145.
16. Adolph. M., and etc. Cost Accounting Planning and Control. Fifth Edition. South-Western Publishing Co. Ohio.1972; 44.
17. Altuğ. O.. Maliyet Muhasebesi Ülkeler Uygulamalar. Dokuzuncu Baskı. M.Ü. Nihad Sayar Yayın ve Yardım Vakfı Yayınları No:434-667. İstanbul.1989; 27-31.
18. Şeref. B., Ergazi Sağlık Ocağı hizmetlerinin İş Ölçümüne Dayalı Birim Maliyetlerinin Hesaplanması. (Yayınlanmamış) Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi. Hacettepe Tıp Fakültesi.1995: 32-37.
19. Kızıl. A., Standart Maliyet Farkları ve Yönetim Açısından Analizi. İstanbul Ü. İşletme Yönetimi ve Muhasebe Enstitüsü Yayın No:2. İstanbul. 1979; 4.
20. Uslu. M.S., Gider Kontrolüne Yardımcı Bir araç Olarak Sorumluluk Muhasebesi. Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayın No:188. Ankara. 1984; 40-41.
21. Lynch T.E., Management Accounting. Commerce Clearing House, Inc., Chicago.1986; 31-32.
22. Büyükmirza. K., Yönetim Muhasebesi. Gazi Ü. Yayın No:114 Ankara.1987; 24-226.
23. Akar. Ç., Hastane İşletmelerinde Yönetim Muhasebesi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Gazi Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara. 1992: 3-105.
24. Menderes. M., Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Modeli Geliştirme ve Hemodiyaliz Seans Maliyeti Örnek Uygulaması. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Hacettepeİ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1990; 42.

ANTİHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİLERİNDE YAŞAM NİTELİĞİNİN META-ANALİZİ DEĞERLENDİRMESİ

Araş. Gör. Mehtap AKÇİL*, Prof. Dr. Ergun KARAĞAĞOĞLU**

*HÜ Sağlık Teknolojisi Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

**HÜ Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı

ÖZET

Amaç: Çeşitli tedavi yöntemlerinin hastaların yaşam sürelerini etkilemekten çok yaşam niteliklerini etkilediği kabul edilmektedir. Bu nedenle herhangi bir yöntemin seçiminde bunun yaşam niteliği üzerine etkisi de gözönünde bulundurulmalıdır. İşte bu nedenle tedavide kullanılan farmakolojik gruplar arası farklılıkları inceleyen ve başlangıç ile tedavi arasında antihipertansif ilaçların yaşam niteliğine olan etkilerini inceleyen yayınlanmış klinik denemelerden meta-analizi yöntemiyle genel bir sonuç elde edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Son yıllarda bilimsel literatürlerde oldukça sık rastlanılan meta-analizi, aynı sorunu çözmek için farklı araştırmacıların farklı zamanlarda yaptıkları bireysel çalışmalarını kümeleyerek istenilen konuda daha güvenilir ve geçerli tahminler yapılmasını sağlayan istatistiksel bir yöntemdir. Pek çok meta-analizi yöntemi vardır. Bunlardan biri de d-indekslerinin meta-analizidir. d-indeksi, bağımlı ya da bağımsız iki grup ortalaması arasındaki uzaklığı standart sapma cinsinden vermektedir. Bu çalışmada da Hunter ve Schmidt'in meta-analizi yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Uygulanılan meta-analizi sonucunda, yaşam niteliği açısından düşünüldüğünde, sadece seks fonksiyonu hariç, uyku, genel-iyilik durumu ve psikomotor skorlarında pozitif etki genişliği saptanmıştır (Sırasıyla; ort.(d)=-0.03; 0.11; 0.135; 0.40 SS). Tüm yaşam niteliği yapıları birlikte düşünülerek sadece ilaç gruplarının hastaların iyileşme durumlarına etkisi incelendiğinde, ACEI grubu için ort.(d)=0.17 SS (p>0.05). BETA grubu için ort.(d)=0.20 SS (p>0.05) olarak elde edilmiştir. ACEI ilaç grubunun hastaların psikomotor düzeylerine etkisi incelendiğinde ortalama etki genişliğinin 0.50 SS (p<0.01), BETA grubunun psikomotor düzeyine etkisi incelendiğinde 0.40 SS (p<0.01) etkiye sahip olduğu görülmüştür. En düşük etkiyi ise BETA ilaç grubunun seks fonksiyonu skorlarına yaptığı meta-analizinden elde edilmiştir (ort.(d)=-0.103; p>0.05).

Sonuç: Uyguladığımız meta-analizi sonucunda hiçbir ilaç grubunda negatif etki bulunmamıştır. Yaşam niteliği açısından düşünüldüğünde sadece seks fonksiyonu hariç, uyku, genel-iyilik durumu ve psikomotor skorlarında pozitif etki saptanmıştır. Elde edilen meta-analizi sonuçları ile araştırmacılar ileride yapılacak olan klinik çalışmalara yön verebilirler.

ABSTRACT

Objectives: It is usually accepted that some of the treatments affect not only the survival times but as well the quality of life patients. The aim of study is to reach more reliable conclusions by using the meta-analysis method on published studies which deal with the effects of antihypertensive therapies on the quality of life of patients.

Material-Methods: Meta-analysis is used to combine the results of different experiments or studies examining the same question. Meta-analysis is a systematic reviewing strategy for addressing research question that is especially useful when results from several studies disagree with regard to magnitude or direction of effect, when sample size are small to detect an effect and label it statistically significant, or when a large trial is too costly and time consuming to perform. The effect size d is the difference between the means in standard score from, i. e., the ratio of the difference between the means to the standard deviation.

Results: Meta-analysis results when quality of life is considered showed except sexual function positive effect sizes for sleep, general well-being and psychomotor scores (mean(d)=-0.03; mean(d)=0.11; mean(d)=0.135; mean(d)=0.40 Standart Deviation, respectively). When the effect of drug groups on the recovery of patients are studied mean(d) is found to be 0.17 for ACEI (p>0.05) and 0.20 SD (p>0.05) for BETA. When the effect of ACEI drug group on psychomotor scores of patients is considered, Meta-analysis results yielded a mean effect size of 0.50 SD (p<0.01). The mean effect size was 0.40 SD for BETA drug group (p<0.01). The effect of BETA drug group on sexual function scores was the smallest effect (mean(d)=-0.103; p>0.05).

Conclusions: Among all of the applied meta-analysis, none of the drug groups showed negative effects. Meta-analysis results when quality of life is considered showed except sexual function positive effect sizes for sleep, general well-being and psychomotor scores (mean(d)=-0.03; mean(d)=0.11; mean(d)=0.135; mean(d)=0.40 Standart Deviation, respectively). Different drug groups have different effect sizes on the dimensions of quality of life of patients. Therefore, as well as this study, all other studies in this field meta-analysis which use, will help researchers to choose the best strategy on deciding the type of the drug.

Giriş ve Amaç: Çeşitli tedavi yöntemlerinin hastaların yaşam sürelerini etkilemekten çok yaşam niteliklerini etkilediği kabul edilmektedir. Bu nedenle herhangi bir yöntemin seçiminde, bunun yaşam niteliği üzerine etkisi de gözönünde bulundurulmalıdır (1). Hipertansiyon, genellikle çok hafif semptomlarla ya da semptomsuz olarak seyreden ve bireyin günlük yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri çok belirgin olmayan bir hastalıktır. Antihipertansif tedavi ile de semptomların ortadan kaldırılmasından çok gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi amaçlanır. Ancak, tedavinin 6 ay içinde bırakılma oranının %50, istenen doz ve sürede kullanım oranının sadece %30 civarında olması tedavilerin başarısını azaltılmakta, bu da temel olarak antihipertansif ilaçların yaşam niteliği üzerindeki etkilere bağlanmaktadır. Dolayısıyla bir çok tedavi yönteminin yanı sıra antihipertansif tedavilerin değerlendirilmesinde de yaşam niteliğine olan etkileri giderek önem kazanmaktadır (1).

İşte bu nedenle tedavide kullanılan farmakolojik gruplar arası farklılıkları inceleyen ve başlangıç ile tedavi arasında antihipertansif ilaçların yaşam niteliğine olan etkilerini inceleyen yayınlanmış klinik denemelerden, meta-analizi yöntemiyle genel sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Meta-Analizi: Son yıllarda bilimsel literatürlerde oldukça sık rastlanan meta-analizi aynı sorunu çözmek için farklı araştırmacıların farklı zamanlarda yaptıkları bireysel çalışmalarını kümeleyerek, istenilen konuda daha güvenilir ve geçerli tahminler yapılmasını, belli hata paylarını da içerecek şekilde sağlayan istatistiksel bir yöntemdir. Aslın da bu yöntemin yeni olmadığı, ilk meta-analitik çalışmaların 1977 yılında bilimsel olarak yayınlandığı saptanmıştır (2, 3, 4, 5, 6, 7). Meta-analizi, birtakım risklerle sınırlandırılmış olmasına rağmen uygulanması kolay ve ucuz olan, kendine özgü standart ve formülasyonları bulunan bir yöntemdir (2, 3, 4, 8, 9). Aynı konuda yapılmış çalışmalar arasında, araştırılan etkinin yönü veya önemliliğine ilişkin bir uyumsuzluk olduğunda; örneklem genişliği bir etkiyi ortaya çıkarmada yetersiz veya geniş bir denemenin uygulanması çok pahalı ve zaman alıcı olduğu durumda meta-analizi sistematik bir yeniden inceleme çalışmasıdır. Bu nedenle, bilimsel literatürlerde ortaya çıkan tutarsızlıkları değerlendirmek ve nedenlerini ortaya çıkarmak; etki genişliği kestiriminde kesinlik sağlamak meta-analizin amaçlarından sadece birkaçıdır (4, 8, 9, 10).

Meta-analizin istenilen amaca yönelik geçerli ve güvenilir sonuçlar verebilmesi için, çalışmanın başlangıç aşamasında bazı ön bilgilerin çıkarılması gerekmektedir. Bunlardan birincisi, analiz aşamasından önce amaç ve hedeflerin "kesin" olarak ifade edilmesidir. Literatür araştırması olan ikinci aşama, araştırılan konuya yönelik yayınlanmış çalışmaların toplanmasıdır. Aynı konuda yapılan fakat farklı bir dilde yayınlanmış bir makalenin meta-analizine dahil edilmesinde hiçbir sakınca yoktur hatta dahil edilmemesi durumunda potansiyel yan kaynağı olmaktadır. Üçüncü aşama "kabul" ve "red" kriterlerinin belirlenmesidir. Çalışmalar meta-analizine, kabul ve red kriterlerinin temelinde seçilirler. Meta-analizin başlangıç aşamasında bu kriterler belirlenmeli ve analizin sonuna kadar değiştirilmemelidir. Deneme düzeni, örneklem genişliği, denemenin yayınlanmış veya yayınlanmamış olması ve ilgilenilen sonuç kabul ve red kriterlerinden sadece birkaçıdır. Meta-analizine dahil edilecek çalışmalar için standardize edilmiş genel bir kriter mevcut değildir. Tüm bilim dallarında yapılmış çalışmalara meta-analizi uygulanabileceği için evrensel bir kriter çıkarılması söz konusu değildir. Ön bilginin çıkarılmasında dördüncü ve son aşama "Verinin toplanmasıdır". Bir denemenin sonuçları biraz değişimle birden fazla yerde yayınlanabileceği ihtimali olabileceği için meta-analizi uygulayan araştırmacının çok dikkatli olması gerekmektedir. Araştırmacı bu aşamada, tüm çalışmaların ilgilendiği sonuçları özet halinde çıkardığı takdirde meta-analizin uygulanması kolaylaşmış olmaktadır (2, 3, 8).

Bugüne kadar birçok meta-analizi yöntemi geliştirilmiştir. Önemlilik düzeyi (p değeri), korelasyon (r) ve ortalamalar arası etki genişliği (d-indeksi) gibi farklı istatistiksel sonuçlarda farklı meta-analizi yöntemleri kullanılmaktadır (2).

Ortalamalar Arası Etki Genişliği (d indeksi): Bağımsız veya bağımlı iki grup ortalaması karşılaştırılacağı zaman etki genişliğinin d-indeksi kullanılmaktadır. Böylece d indeksi, iki koşulun karşılaştırılmasına dayanan t-testi veya F testiyle ilişkili olarak kullanılır. Genel olarak d indeksi, iki grup ortalaması arasındaki uzaklığı standart sapma cinsinden vermektedir (2, 5, 11).

Cohen'in etki genişliği sınıflaması ise aşağıdaki gibidir (11):

d=0.20 SS Küçük (Small) Düzeyde Etki genişliği

d=0.50 SS Orta (Medium) Düzeyde Etki genişliği

d=0.80 SS Geniş (Large) Düzeyde Etki genişliği

d indeksinin hesaplanmasında dikkat edilmesi gereken unsurlardan biri, hangi deneme düzeninin kullanılmış olmasıdır.

Rasgele bağımsız gruplarda d indeksi (2);

$d = (Y_e - Y_c) / S_e$

Burada:

Y_e = Deneysel (Experimental) grubun ortalaması

Y_c = Kontrol (Control) grubunun ortalaması

S_e = Birleştirilmiş grup içi standart sapmasıdır

Bağımlı gruplarda (Tekrarlı ölçümler düzeninde) ise;

$d = (ORT(Y_e) - ORT(Y_c)) / SS$ formülü kullanılmaktadır.

Burada:

ORT (Y_e) = Test sonrası (post-test) değerlerinin ortalaması

ORT (Y_c) = Test öncesi (pre-test) değerlerinin ortalaması

SS = Grup içi standart sapmasıdır. Eğer test öncesi ve test sonrası standart sapmalar eşit ise $SS(Y_2) = SS(Y_1) = SS$, eğer farklı ise 1. Test öncesi SS 2. Test sonrası SS 3. Test öncesi ve sonrası standart sapmaların ortalaması olan üç seçenekten herhangi biri kullanılabilir (2).

d indekslerinin önemlilik testi: $t = (d(N) / 1/2) / 2$ ile elde edilen hesap değeri (N-1) serbestlik dereceli ve (yanılma düzeyiyle karşılaştırılarak yapılmaktadır (N: Toplam örneklem genişliğidir).

Bare-Bones Meta-Analizi: Bu çalışmada, Hunter ve Schmidt (2) tarafından en son geliştirilen ve ortalamalar arası etki genişliklerinin (d indekslerinin) meta-analizi olan "Bare-Bones Meta-Analizi" kullanılmıştır. Bu analizde, çalışmalarda yapılmış olan örneklem hataları düzeltilerek sonuç alınmaktadır. Bu meta-analizinde elde edilen ortalama d-değeri;

$Ort.(d) = D = \sum W_i d_i / \sum W_i$ ile formüle edilir.

Burada:

$W_i = i$. çalışmanın örneklem genişliği

$d_i = i$. çalışmanın d değeri

d değerlerinin örneklem genişlikleri ile ağırlıklandırılmış varyansı;

$Var(d) = (\sum W_i (d_i - D)^2) / \sum W_i$

Ortalama örneklem varyansı ise;

$Var(d) = \{(N-1) / (N-3)\} (4/N) (1 + D^2/8)$ formülasyonu ile hesap edilmektedir.

Burada:

$N = \sum W_i / K$

$W_i = i$. Çalışmanın örneklem genişliği

$K =$ Meta-analizine alınan çalışma sayısı

Yaşam Niteliği: Bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanabilir (1).

Çalışmaların Meta-Analizine Dahil Edilmesi

Veri Kaynağı: Yaşam niteliği, klinik denemeler, hipertansiyon ve antihipertansif ilaç tedavileri şeklinde amaca yönelik anahtar kelimeler kullanılarak, literatür taranmış ve yayınlanmış denemeler elde edilerek uygun çalışmalar meta-analizine dahil edilmiştir (Bu konuda Türkçe çalışma bulunamamıştır).

Kabul ve Red Kriterleri: Başlangıç (placebo veya tedavi almayanlar; kişinin kendi kontrolleri) ile tedavi arasındaki karşılaştırma-ları, "Rasgeleleştirme ve körleme" yöntemi kullanılarak yapılan klinik denemeler ve istenen yaşam niteliği parametrelerini ve antihiper-tansif ilaçları veren denemeler, meta-analizine dahil edilmiştir (Tablo 1 ve 2).

Tablo 1: Meta-Analizine Dahil Edilen Çalışmaların Dağılımı

Çalışma	Kaynak No	İlaç Grubu *
Blumenthal et al. 1988	12	BETA
Blumenthal et al. 1990	13	BETA, ACEI
Croog et al. 1986	14	ACEI, BETA
Croog et al. 1990	15	ACEI, BETA
Fletcher et al. 1990	16	ACEI, BETA
Goldstein et al. 1990	17	BETA
Kales et al. 1988	18	BETA

* BETA, β -blocker

ACEI, angiotensin converting enzyme inhibitor

Tablo 2: İlaç Grubu ve Yaşam Niteliği Yapıları Açısından Çalışmaların Dağılımı

Grup Faktör	Çalışma (n)	Toplam (n)
Tüm Çalışmalar	7	1407
Yapı Açısından		
Genel-iyilik Durumu	4	822
Uyku	5	828
Psikomotor	6	1368
Seks Fonksiyonu	4	822
İlaç Grupları Açısından		
ACEI	3	357
BETA	5	325

Bulgular ve Tartışma: Bu çalışmada, yaşam niteliğinin fiziksel (seks fonksiyonu), zihinsel (uyku, psikomotor) ve duygusal (ge-nel-iyilik durumu) yapıları incelenmiştir. Sosyal yapı olan yaşam memnuniyeti, sosyal katılım ve çalışma performansı yeterli veri ol-madığı için incelenememiştir. Hunter ve Schmidt'in (2), Bare-Bones Meta-Analizi yöntemi kullanılarak, bağımlı gruplarda ortalamalar arası etki genişliği (d-indeksi) her bir çalışma için; başlangıç ve tedavi sonu arasındaki ortalama değişimin, standart sapmaların or-talamasına bölünmesiyle hesaplanmıştır.

Çalışmalarda kullanılan farklı ilaç gruplarının etkisi düşünülmeden sadece yaşam niteliği yapıları incelendiğinde şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır;

Çalışmaların genel-iyilik durumu için elde edilen d-değerlerinin istatistiksel önemliliği incelendiğinde hepsinin önemsiz olduğu ($p>0.05$) saptanmıştır. Ancak meta-analizi sonucunda bulunan ortalama etki genişliği 0.135 Standart sapma (SS) ve istatistiksel ola-rak önemli bulunmuştur ($t=1.935$; $p<0.05$) (Şekil 1). Uyku durumunda ise hem tüm çalışmaların etki genişlikleri hem de meta-anali-zile elde edilen ortalama etki genişliği (ort. (d) =0.11 SS) istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($t=1.583$; $p>0.05$) (Şekil 2). Psiko-motor (Trail B Making) durumunda, çalışmalardan birinin 0.01, üçünün 0.05 yanılma düzeyinde istatistiksel olarak önemli, geri ka-lanının ise önemsiz ($p>0.05$) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalara uygulanan meta-analizi sonucunda ise ortalama etki genişliğinin 0.40 SS ve istatistiksel açıdan önemli olduğu sonucuna varılmıştır ($t=7.397$; $p<0.01$) (Şekil 3). Seks skorları için elde edilen d-de-ğerleri incelendiğinde, çalışmaların hiçbirisi önemli bulunamamıştır ($p>0.05$). Meta-analizi sonucunda ise ortalama etki genişliği-0.03 SS gibi çok küçük negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($t=0.430$; $p>0.05$) (Şekil 4).

Sonuç olarak, Cohen'in (11) etki genişliği sınıflamasına göre en büyük etkiye psikomotor durumunun (ort.(d)=0.40 SS) sahip olduğu görülmüştür. Seks fonksiyonunun ise pozitif etkiye sahip olmadığı (ort.(d)=-0.03 SS) hatta başlangıçtaki skorların daha iyi ol-duğu sonucuna varılmıştır.

Tüm Yaşam Niteliği yapıları birlikte düşünülerek, sadece ilaç gruplarının hastaların iyileşme durumlarına etkisi incelendiğin-de;

Hastaların başlangıç ve tedavi sonu arasındaki tüm yaşam niteliği skorlarına etkisi etkisi ACEI grubu için incelendiğinde, orta-lama etki genişliği 0.17 SS ve istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($t=1.606$; $p>0.05$). Meta-analizine alınan bu çalışmaların d-değerleri tek tek incelendiğinde hepsinin önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Şekil 5). BETA ilaç grubu içinde bulunan çalışma-ların d-değerleri istatistiksel olarak önemsiz bulunurken, meta-analizi sonucunda elde edilen ortalama etki genişliği 0.20 SS ve o da önemsiz bulunmuştur ($t=1.803$; $p>0.05$). Ancak Cohen'in etki genişliği sınıflamasına göre küçük düzeyde etki genişliğine sahip oldu-ğu görülmüştür (Şekil 6).

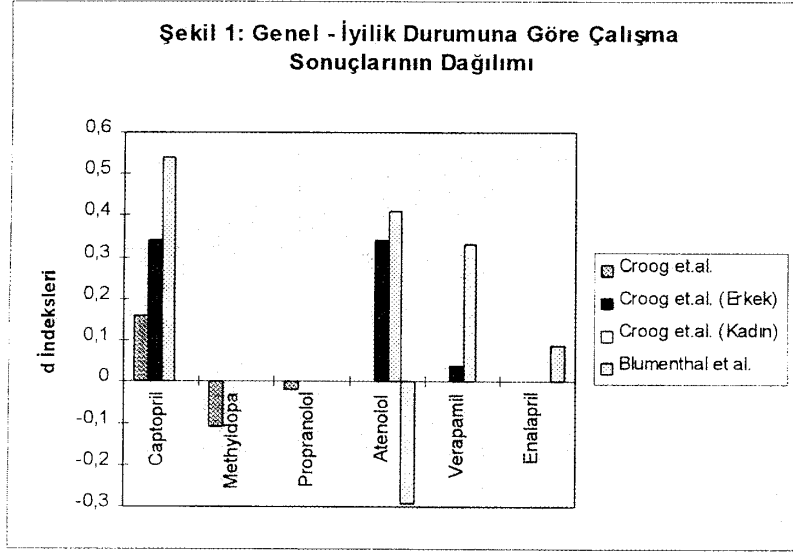
Yaşam Niteliği yapıları ve ilaç grupları birlikte düşünülerek tedavi etkisi incelendiğinde;

ACEI ilaç grubunun hastaların psikomotor düzeylerine etkisi çalışmalar üzerinden incelendiğinde, çalışmaların ikisinin 0.01 yanılma düzeyinde önemli ($p<0.01$), ikisinin ise önemsiz ($p>0.05$) olduğu, meta-analizi sonucunda elde edilen ortalama etki genişliğinin ise 0.50 SS ve istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($t=4.308$; $p<0.01$). Bu ortalama 0.50SS etki genişliği Cohen'in etki genişliği sınıflamasına göre orta düzeyde bir etki genişliğidir (Şekil 7). BETA grubunun psikomotor düzeyine etkisinde ise, çalış-malardan biri önemli ($p<0.05$), meta-analizi sonucu ortalama etki genişliği 0.40SS ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($t=3.688$; $p<0.01$). En düşük etkiyi ise BETA ilaç grubunun seks fonksiyonu skorlarına yaptığı hem çalışmalardan hem de meta-analizi sonu-cundan elde edilmiştir (ort. (d) =-0.03; $t=-0.874$; $p>0.05$). Bu durum hastaların seks fonksiyonu skorlarının BETA ilaç grubu tedavi-sinden önce daha iyi olduğu sonucuna varmamızı sağlamıştır (Şekil 8).

Antihipertansif ilaç tedavilerinin fiziksel yan etkileri, araştırmacılar tarafından oldukça iyi tanımlanmış olmasına rağmen hastala-rın yaşam niteliğine olan etkisi kesin olarak belirlenememiştir (19). Geleneksel literatür analizleri ve popülasyon grupları oldukça komplikedir. İşte bu nedenle, bu konuda bir meta-analizi uygulanmasına gereksinim duyulmuştur. Antihipertansif ilaç tedavilerinin ya-şam niteliğine olan etkilerini inceleyen Beto ve Bansai (19), Hedges ve Olkin tarafından geliştirilen d-indekslerinin meta-analizi yön-temini uygulamışlardır. Bizim çalışmamızda yaşam niteliği yapılarından en üstün etkiyi, psikomotor durumu (ort.(d)=0.40 SS) göster-mektedir. Ayrıca ACEI grubu ve psikomotor durumunun birlikte incelenmesi sonucunda da diğer durumlara göre en üstün etki (ort.(d)=0.050 SS) elde edilmiştir. Beto ve Bansai'nin çalışmasında da yaşam niteliği yapılarından en üstün etkiye psikomotor duru-

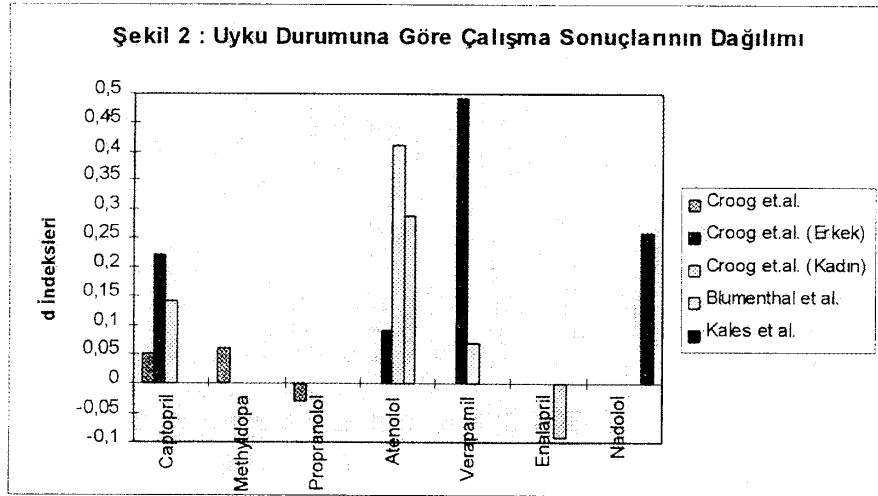
mu (0.283 SS) yapmakla birlikte bizim elde ettiğimiz sonuçtan daha düşük bulunmuştur. Aynı sonuçlar çıkmamasının nedenini, farklı meta-analizi yöntemleri kullanılmasına bağlayabiliriz. Bizim çalışmamızda hiçbir ilaç grubunun üstün bir etkiye sahip olmadığı gibi Beto ve Bansa'nın çalışmasında da üstün bir etki bulunamamıştır.

Sonuç ve Öneriler: Yaşam niteliği literatürlerinde rapor edilen negatif tedavi etkisi, öncelikle spesifik ilaç tedavileri üstündeki değişimden çok ilaç grupları arasındaki farklılıklar üstünde yoğunlaşmıştır. Ancak uyguladığımız meta-analizi sonucunda hiçbir ilaç grubunda negatif etki genişliği bulunamamıştır. Yaşam niteliği açısından düşünüldüğünde sadece seks fonksiyonu hariç, uyku, genel-iyilik durumu ve psikomotor skorlarında pozitif etki genişliği saptanmıştır. İlaç grupları ve yaşam niteliği yapıları birlikte düşünüldüğünde ise sadece seks fonksiyonu ve BETA grubunda negatif etki genişliği elde edilmiştir. Uyguladığımız meta-analizi sonucunda, yaşam niteliği yapılarından en üstün etkiyi psikomotor durumu (ort.(d)=0.40 SS) göstermektedir. Psikomotor ve ACEI ilaç grubunun birlikte incelenmesi sonucunda da diğer durumlara göre en yüksek etki (ort.(d)=0.40) bulunmuştur. Meta-analizine alınan çalışma sayısı az olmasından dolayı moderator (kontrol dışı) değişkenlerin analizi yapılamamıştır. Ancak araştırmacılar bu meta-analizi sonuçları ile ileride yapılacak olan klinik çalışmalara yön verebilirler.



Ort (d)= D = 0.135
Var (d)=0.042

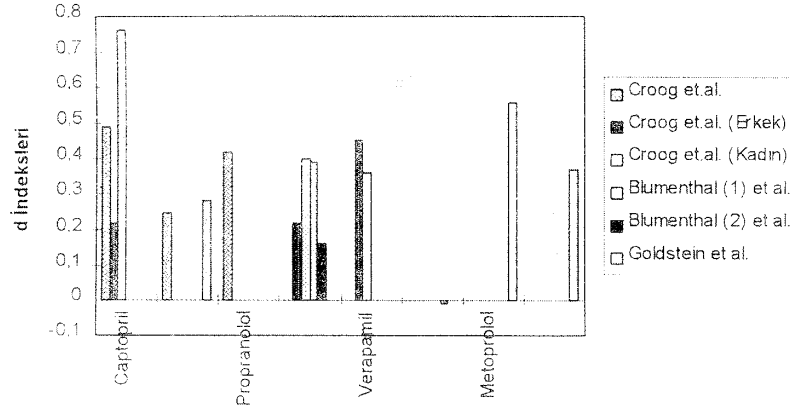
Q = 8.75 ; $\lambda^2_{(3,0.05)} = 7.815$ Etki Genişlikleri Homojen Değildir.
% 95 Güven Aralığı : - 0.02 < δ < 0.28



Ort (d)= D = 0.11
Var (d) = 0.021

Q = 4.205 ; $\lambda^2_{(4, 0.05)} = 9.488$ Etki Genişlikleri Homojendir
% 95 Güven Aralığı : - 0.03 < δ < 0.25

Şekil 3: Psikomotor Durumuna Göre Çalışma Sonuçlarının Dağılımı



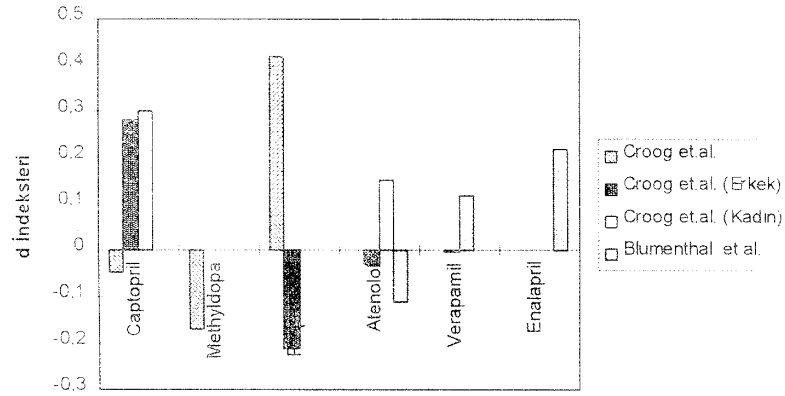
Ort (d) D = 0.40

Q = 6.88 ; $\chi^2_{(5,0.05)} = 11.07$ Etki Genişlikleri Homojendir

Var (d) V = 0.0261

%95 Güven Aralığı : $0.30 < \delta < 0.50$

Şekil 4 : Seks Fonksiyonu Durumuna Göre Çalışma Sonuçlarının Dağılımı

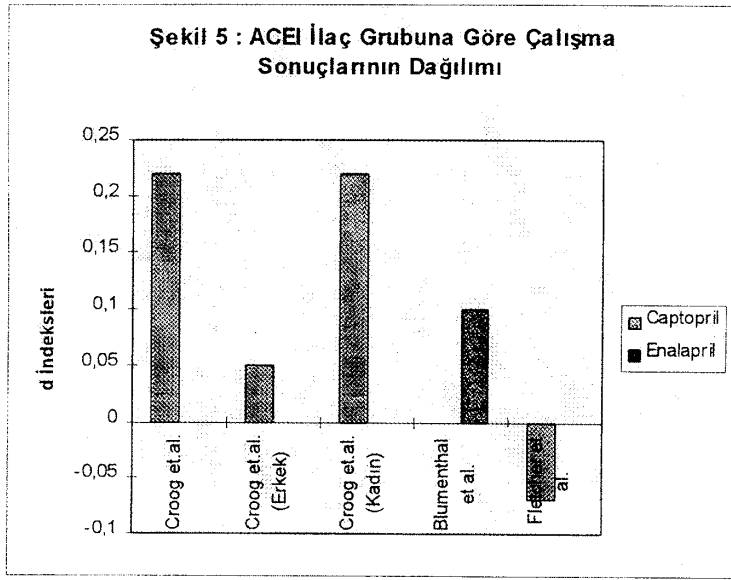


Ort (d) D = 0.03

Q = 7.66 ; $\chi^2_{(4,0.05)} = 7.815$ Etki Genişlikleri Homojendir.

Var(d) = 0.038

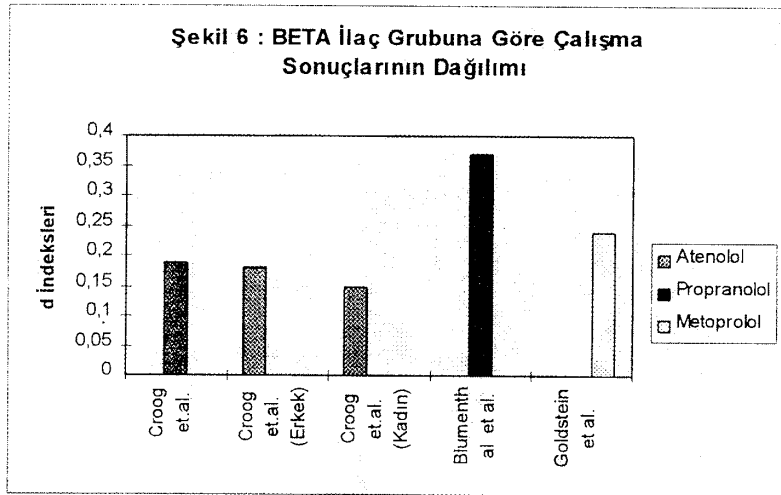
%95 Güven Aralığı : $-0.17 < \delta < 0.11$



Ort (d)=D=0.17

Q= 1.18 ; $\lambda^2_{(4, 0.05)} = 9.488$ Etki Genişlikleri Homojendir

Var(d)= 0.014

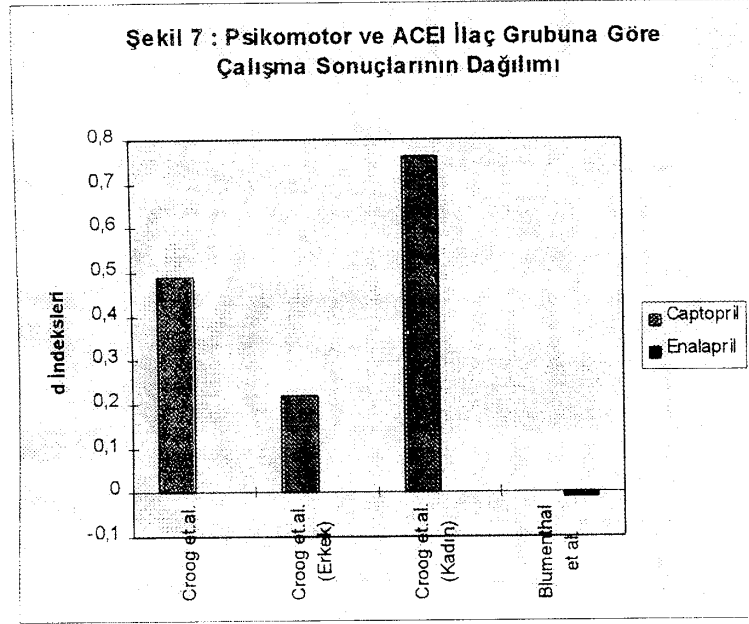
% 95 Güven Aralığı : - 0.03 < δ < 0.37

Ort (d)=D=0.20

Q=0.12 ; $\lambda^2_{(4, 0.05)} = 9.488$ Etki Genişlikleri Homojendir

Var(d)=0.0015

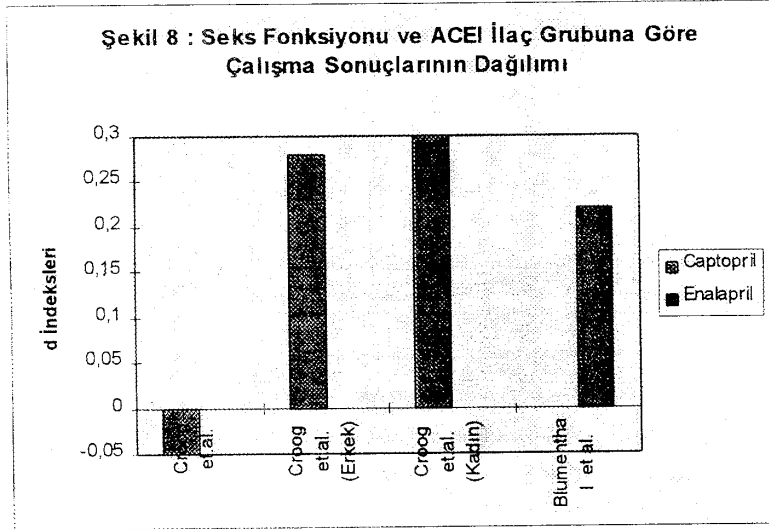
% 95 Güven Aralığı : - 0.02 < δ < 0.42



Ort (d) = 0.50

Q=2.498 ; λ^2 (3; 0.05)=7.815 Etki Genişlikleri Homojendir

Var (d) = 0.0356

% 95 Güven Aralığı : 0.23 < δ < 0.69

Ort (d) = 0.10

Q=1.918 ; λ^2 (3; 0.05)=7.815 Etki Genişlikleri Homojendir

Var (d) = 0.0266

% 95 Güven Aralığı : -0.13 < δ < 0.33

KAYNAKLAR

1. Korkmaz M.E., Özın M.B., Karaaslan Y. ve Ark.: Bir Yaşam Niteliği Geliştirme Çalışması; Hacettepe Yaşam Niteliği Ölçeği, Türk İlaç ve Tedavi Dergisi, 3 (2): 356-361, 1990.
2. Hunter J.E., Schmidt F.L.: Methods of Meta-Analysis: Correcting Error and Bias in Research Findings, The Publishers of Professional Social Science Newbury Park, London, New Delhi, 1990.
3. Spector T.D., Thompson, S.G.: The Potential and Limitations of Meta-Analysis, Journal of Epidemiology and Community Health, 45: 89-92, 1991.
4. Henry D.A., Wilson, A.: Meta-Analysis; An Assessment of its Aims, Validty and Reliability, The Medical Journal of Australia, 156: 31-37, 1992.
5. Cooper H.M.: Integrating Research: A Guide for Literature Reviews, Applied Social Research Methods Series Volume: 2, Newbury Park, London, New Delhi, 1989.
6. Rosenthal R.: Meta-Analytic Procedures for Social Research, Applied Social Reserach Methods Series Volume: 6, Sage Publications Beverly hills, London, New Delhi, 1984.
7. Messori A., Rampazzo R.: Meta-Analysis of Clinical Trials Based on Censored End-Points, Computer Methods and Programs in Biomedicine, 40: 261-267, 1993.
8. Sacks H.S., Berrier J., et al.: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, The New England Journal of Medicine, 316: 450-455, 1987.
9. Kassirer J.P.: Clinical Trials and Meta-Analysis, The New England Journal of Medicine, 327 (4): 1257-1260, 1992.
10. Pollock V.E.: Meta-Analysis in Literature Reviews, Biol. Psychiatry, 34: 345-347, 1993.
11. Cohen J.: Statistical Power Analysis for The Behavioral Science, Newyork, London, 1969.
12. Blumenthal J.A., Madden D.J., et al.: Short-Term Behavioral Effects of Beta-Andrenergic Medications in Men with Mild Hypertension, Clin. Pharmacol. Ther., 43: 429-435, 1988.
13. Blumenthal J.A., Ekelund L.G., Emery C.F.: Quality of Life Among Hypertensive Patients with a Diuretic Background who are Taking Atenolol and Enalapril, Clin. Pharmacol. Ther., 48: 447-454, 1990.
14. Croog S.H., Levine S., et al.: The Effects of Antihypertensive Therapy on The Quality of Life, The New England Journal of Medicine 314: 1657-1664, 1986.
15. Croog S.H., Kong, B.W., et al.: Quality of Life and Effects of Antihypertensive Medications, Arch. Intern. Med., 150: 1733-1741, 1990.
16. Fletcher A.E., Bulpitt C.J., et al.: Quality of Life on Antihypertensive Therapy: A Randomized Double-Bind Controlled Trial of Captopril and Atenolol. Journal of Hypertension, 8: 463-466, 1990.
17. Goldstein G., Moterson B.J., et al.: Treatment of Hypertension in The Elderly: II. Cognitive and Behavioral Function, Hypertension, 15: 361-369, 1990.
18. Kales A., Bixler, E.O., et al.: Effects of Nadolol on Blood Pressure, Sleep, Efficiency and Sleep Stages, Clin. Pharmacol. Ther., 43: 655-662, 1988.
19. Beto J.A., Bansal V.K.: Quality of Life in treatment of Hypertension; A Meta-Analysis of Clinical Trials, American Journal of Hypertension, 5: 125-133, 1992.

HALK SAĞLIĞI PLANLANMASINDA OTOPSİNİN YERİ VE ÖNEMİ

GÜLMEN M.K., HİLAL A., ALPER B., ÇEKİN N., BİYĞİN N.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Balcalı, Adana.

ÖZET

Otopsi, tıp eğitim ve uygulamalarında kalite kontrolünün en önemli unsuru olma özelliğini tüm teknolojik gelişmelere karşın korumaktadır. Bu özelliklerin yanı sıra ülkelerin halk sağlığı planlamalarını sağlamakta en önemli veri kaynağı olarak yer almaktadır. Anabilim dalımız, Adalet Bakanlığı Adana Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Daire Başkanlığı ve Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nün olgularını 1983 yılından itibaren günümüze dek çeşitli tarihlerde ve seriler halinde değerlendirmiş, bu serilerden elde edilen bulgular ışığında otopsi veri tabanının halk sağlığı planlanmasındaki önemi gözlenmiştir. Elde edilen bilgiler bir bütün olarak değerlendirildiğinde bölgemize özgü veriler yanı sıra ülke geneli ile özdeşleşen verilerin de varlığı gözlemlendi. Kaza, cinayet ve intiharların dağılımı ile bu tür ölümlerde nedensel ilişkilerin yorumları yöresel özellikleri belirgin olarak yansıtmakta idi. Doğal ölümlerin, serilerde %50'ye yaklaşması ve bu olgularda enfeksiyon hastalıklarının ön planda bulunması anlamlı bulundu.

İvedi olarak gerçekçi bir halk sağlığı planlamasına ve bunun uygulanmasına gereksinim duyulan ülkemizde otopsiyelerden elde edilen verilerin önemi ve bunlardan yararlanılması gerekliliği, serilerimizden elde ettiğimiz bulgular ve yayınlar ışığında tartışılarak sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Mediko-Legal Otopsi, Halk Sağlığı, Epidemiyoloji, Adana, Adli Tıp.

ABSTRACT

Autopsy still plays an important role assessing the quality control and medical education system against to all technological progress and remains as the most valuable tool in collecting data for epidemiological researchs for public health services. Our department had analysed the cases of the Adana Chamber of the Legal Medicine Council in Turkey, since 1983. Various serials and data had been evaluated of from that analysis. Regional data was in correlation with the country values when the results considered as cumulative features. The conclusions of the distributions in accidental, homicidal and suicidal deaths were reflecting the regional specifics. It was considered of valuable to find out that the natural deaths were approximately %50 of the all medico-legal deaths.

The value of the data which has been evaluated from the medico-legal autopsies and use of this features, were discussed with our serials and the literature in considering the public health plannings of the country as an emergent issue.

Key Words: Medico-Legal Autopsy, Public Health, Epidemiology, Adana, Forensic Medicine.

Giriş: Otopsinin günümüz tıp uygulamalarında önemli ve çok yönlü bir rol oynadığı bilinmektedir (1-3).16. yüzyılda Padua Tıp Okulunda başlayan bilimsel otopsiyerin, 19. yüzyılda Viyana'da en yüksek değerine ulaştığı ve bu nedenle bir çok yeni hastalığın tanımlanmasının yanı sıra, bu uygulamaları gerçekleştiren ülkelerin ulusal sağlık politikalarını geliştirebilmelerine olanak sağladığı görülmüştür (1-6).1940'lı yıllardan itibaren Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) otopsi uygulamalarının arttığı ve "Otopsinin Altın Yılları" olarak anılan bu dönemin 1970'li yılların ortalarına kadar sürdüğü bildirilmektedir. Avrupa ülkeleri ve ABD'de otopsi oranlarının geçmiş yıllarla karşılaştırıldığında, 1980'den sonra ciddi düşüşler gösterdiği izlenmektedir. Örneğin ABD'de %50-60 civarında olan otopsi oranının günümüzde %10-15 oranlarına indiği ve bu değerini yükseltmesi için çok ciddi çalışmalar yapılmakta olduğu görülmektedir (3, 4, 7-9). Çoğu ülkeler İsveç'te izlenen %95-98'lik otopsi oranının ulaşılması gereken oran olduğunu ve idealin %100 olması gerektiğinin altını çizmektedirler (3). Ülkemizdeki duruma baktığımızda, tüm ölümlerde gerçekleştirilen otopsi oranlarının yukarıda sözü edilen ülkelerin değerlerinden farklı olduğu izlenmektedir. Ülkemizde otopsi oranının hiç bir zaman anılan ülkelerdeki oranlara yükselmediği ve hatta bugün batılı ülkelerde en düşük nokta olarak tanımlanan değerlere bile ulaşmadığı bilinmektedir. Ülkemizde tüm nüfus ve ölümler göz önüne alındığında ulaşılan değerlerin ciddi bir yüzde dahi oluşturmadığı görülmektedir. Bu konuda ülkemiz genelini yansıtan veri bulunmamakla birlikte, Anabilim Dalımızın yaptığı bir çalışmada Adana bölgesinde bu değerler %3.65 olduğu saptanmıştır (10).

Otopsinin yararları ve faydalandığı alanlar, yayınlanmış çok sayıda makalede belirtilmektedir. Lundberg genel olarak bunları:

1. Ölüm nedeninin saptanması,
2. Ölümün orijininin saptanması,
3. Premortem-Postmortem bulguların karşılaştırılması,
4. Vital istatistiklerin çıkarılması,
5. Halk sağlığının planlanması, şeklinde sınıflandırmaktadır (3).

Otopsiyelerin halk sağlığı planlamasındaki önemi çeşitli çalışmalarda, hastalıkların önlenmesi, epidemiyolojik araştırmalar ve düşük maliyetli koruyucu sağlık hizmetlerinin oluşturulması olarak belirtilmiştir (4, 6, 11-13). Ülkemizde, kliniklerde ölen ve adli olgu niteliği olmayanlarda, otopsinin izine bağlı olarak yapılması ve bu oranın da yok denecek kadar az olması nedeniyle, veri tabanı oluşturmak amacıyla kullanılabilir en önemli kaynağın adli otopsiyer olduğu bilinmektedir (14-17).

Gereç ve Yöntem: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde ölü muayeneleri ve Morg İhtisas Dairesinde otopsiyeri yapılan olgular, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında çeşitli tarihlerde değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda olguların ölüm nedenleri, ölüm orijinleri, yaş ve cinsiyet dağılımları, antemortem ve postmortem tanı farklılıkları hakkında bilgiler ortaya konulmuştur.

Bulgular: 1983-1988 yılları arasında Adana'da yapılan 1000 otopsi olgusunu içeren çalışmada olgular; ölüm nedenlerine ve orijinlerine, yaş ve cinsiyet dağılımlarına göre incelenmiş bu olguların %36'sının doğal ölümler olduğu, doğal olmayan ölümlerde en çok ölüm nedeninin künt travmalar olduğu saptanmıştır (14).1985-1992 yılları arasında otopsiyeri yapılan entoksikasyon ön tanılı ve entoksikasyon olarak ihbar edilen 276 olgunun antemortem ve postmortem tanı farklılıkları ortaya konulmuş, tanısal farklılık oranının %26 olduğu bulunmuş ve yöremizin özelliğinden dolayı pestisitlerle olan entoksikasyonların ilk sırada yer aldığı görülmüştür

(18).1992-1993 yılları arasındaki çocukluk çağı ölümlerinin orijinlerine ve ölüm nedenlerine göre 700 olguyu içeren çalışmada; adli olgu olarak nitelendirilen ölüm olaylarının %35'inin çocukluk çağında olduğu, en çok ölümün 0-6 yaş grubunda olduğu, diğer çalışmalarda olduğu gibi künt travmalara bağlı ölümlerin ilk sırada yer aldığı görülmüştür (19). Yine 1992-1995 yılları arasında ölü müayene tutanakları incelenen 4079 adli olgu, ölüm nedeni ve orijinine göre incelendiğinde; ölüm nedeni olarak kazaların %70.7 oranında izlendiği, bunun içinde künt travmaların diğer çalışmalarda olduğu gibi ilk sırada yer aldığı, cinayetlerin ateşli silah ve kesici-delici aletlerle, intiharların asi ve entoksikasyonlar ile, entoksikasyonların da daha çok pestisitlerle olduğu saptanmıştır (17).

Tartışma: Çeşitli çalışmalarımızdan elde ettiğimiz bulgular değerlendirildiğinde, ölümlerle sonuçlanan kazaların büyük çoğunluğunun öngörülebilir ve önlenabilir nitelikte olduğu dikkati çekmektedir (14, 17-19). Örneğin, ölümlerle sonuçlanan CO entoksikasyonlarının %97'sinin kaza sonucu oluştuğu ve bu kazaların tama yakınının önlenabilir nitelikte olduğu önceki çalışmalarımızda ortaya konmuştu (20). Yine Adana'da deniz olmasına karşın, baraj gölü ve sulama kanallarında, hemen tama yakınının kaza nedeni ile oluşan ve ölümlerle sonuçlanan suda boğulma olguları görülmektedir. Doğal olarak halkın sosyo-ekonomik ve kültürel yapısının da bu bulguda etmen olduğu düşünülebilir. Ancak halkın kullanımına açık ve eğitiminde verilebileceği yüzme havuzlarının bulunmamasının da önemli bir etmen olduğunun gözden uzak tutulmaması gerektiği kanısındayız (14, 17-19, 21).

Çocukluk çağında izlenen kazalarda, özellikle ev içi kazaların çoğunluğunun önlenabilir nitelikte olduğu görülmektedir. Bunlar çeşitli yanıklar, düşmeler ve entoksikasyonlar şeklindedir. Bu çağda, gerek ev içi, gerekse ev dışında ölümlerle sonuçlanan olguların hemen tama yakınının kaza ile oluştuğu izlenmektedir (14, 19). Bu sonuçlar irdelendiğinde toplumun eğitiminin, özellikle halk sağlığı eğitiminin ne kadar önemli olduğunun ortaya çıktığı kanısındayız. Özellikle çocuk ihmal ve istismarı konusunda çok önemli eğitim eksikliğimizin olduğu görülmektedir.

Kaza dışı oluşan ölümlerde örneğin, kadın intiharlarında tarım ilacı kullanımının daha yaygın olmasının nedenleri ve bireylerin intihar eylemlerinde eğitimsizliğin rolünün geniş serilerde araştırılması gerektiği kanısındayız. Bölgemizde tarım ilacı kullanımının yaygınlığı ve kolay elde edilebilirliği önemli bir etmen olarak düşünülmektedir, ancak kadın intiharlarının nedenleri arasında toplumsal cinsiyet rolleri ve bunun getirdiği etmenler geniş serilerde henüz ülkemiz ve bölgemizde çalışılmamıştır (14, 17-19).

Aynı şekilde, genç erkek nüfusun karıştığı cinayet olgularında, özellikle kesici-delici alet kullanımı ile oluşan ölüm olgularında, geleneksel toplumsal öğretilerin rolünün göz önünde bulundurulması gerektiği kanısındayız (14, 17-19).

Ani-Beklenmedik Şüpheli Ölüm olarak nitelendirilen ve bu nedenle adli olgu olarak değerlendirilen olgularda, otopsi ile doğru tanıların konulabilmesi şansına ulaşılmaktadır (2, 11, 22). Hatta bazı olgularda klinik tanı ile farklılıklar ortaya çıkabilmekte, bazen de tanı konulamayan olguların tanıların saptanması olanağı gündeme gelmektedir (2, 18, 23, 24). Ülkemizde hastane ölümlerinde, özellikle adli niteliği bulunmayan olgularda otopsi oranın çok az olması nedeniyle adli amaçlı gerçekleştirilen otopsiler ülkenin ve yörelerin özelliklerini ortaya koymakta önemli veri tabanı oluşturmaktadırlar (14-19).

Tüm mediko-legal ölümlerin yaklaşık %50'sini doğal ölümlerin oluşturduğu belirtilmekte ve bu olguların otopsilerinden elde edilen bulguların ise o yöredeki morbidite-mortalite oranlarının belirlenmesinde ve bu verilere dayanarak halk sağlığı hizmetlerinin planlanmasında önemli bir yer aldığı bildirilmektedir (2, 4, 11, 12, 14). Bizim serilerimizde doğal nedenlere bağlı ölümlerin içinde, özellikle çocukluk çağı ölümlerinde enfeksiyon hastalıklarının ilk sırayı almasını anlamlı buluyoruz. Yine bu serilerde kabbe ait patolojilerin ve çeşitli malignitelerin, enfeksiyon hastalıklarından sonra yer almasının halk sağlığı planlamalarında anlamlı veri olarak ele alınabileceği ve yararlanılabileceği kanısındayız (14-19, 24, 25).

Gerek yöresel, gerekse ulusal halk sağlığı planlamalarında otopsi verilerinin önemi tartışılmaz evrensel bir doğru olarak kabul edildiği bilinmektedir. Ülkemizin koşullarında çok az sayıda uygulanan hastane otopsilerinin bu amaçla kullanılamayacağı görülmektedir. Bu nedenle adli otopsilerin veri kaynağı olarak kullanılması ve elde edilen bulguların değerlendirilmesinin gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

- Hutchins G.M. Editor. Autopsy Performance and Reporting. College of American Pathologists, Northfield, Illinois, 1990:183-213.
- Frode R.C. Editor. Handbook of Forensic Pathology College of American Pathologists, Northfield, Illinois, 1990:11-45, 85-107.
- Lundberg G.D. Medicine Without the Autopsy. Arc Pathol Lab Med. 1984; 108:449-55.
- Mc Farlane M.J, Feinstein A.R., Wells C.K., Chan C.K. The Epidemiologic Necropsy. JAMA 1987; 258 (3):331-338.
- Editorial. Medical Students, Truth, and Autopsies. JAMA 1983;250 (9); 11991-200.
- Mc Manus B. The Autopsy and the Public Need. Arc Pathol Lab Med.1994; 118:870-72.
- Nemetz P.N., Ludwig J., Kurland L.T. Assessing the Autopsy. Am J. Pathology 1987; 128 (2) 372-379.
- Sanner MA. In Perspective of the Declining Autopsy Rate. Arc Pathol Lab Med. 1994; 118.:878-883.
- Goldman L, Sayson R, Robbins S, et all. The Value of the Autopsy in Three Medical Eras. N. Engl. J. 111 Med. 1983; 308:1000-5.
- Salaçın S., Çekin N., Gülmen M.K., Alper B., Şen F., Savran B. Medikolegal Ölümelerde Otopsi Kararını Etkileyen Faktörler. I. Adli Bilimler Kongresi 12-15 Nisan 1994. Adana: Kongre Kitabı. Salaçın S., Gülmen M.K., Çekin N., Özdemir H., eds. Ç.Ü. Basımevi, Adana 1995:227-229.
- Death as Viewed by the Medical Examiner: A Di Maio V.J.M., Di Maio D.J.M. Natural Review of 1000 Consecutive Autopsies of Individuals Dying of Natural Disease. Journal of Forensic Sciences.1991; 36 (1):17-24.
- Sarode VR, Datta BN, Banerjee FAK, et all. Autopsy Findings and Clinical Diagnoses:A Review of 1000 Cases. Human Pathology.1993;24 (2); 194-198.
- Craft H, Brazy JE. Autopsy in Neonatal Population. AJDC.1986; 140: 1260-61.
- Salaçın S. An Analysis of the Medicolegal Autopsies Performed in Adana, Turkey, in 1983-1988. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology.1991; 2 (3):191-193.
- Salaçın S., Çekin N., Gülmen M.K., Alper B., Şen F. Incidence of Autopsies and The Rates of The Manner of Deaths in 939 Medicolegal Deaths in Adana City, Turkey. Advances in Forensic Sciences, Proceedings of 13th Meeting of IAFS. Jacob B., Bonte W., eds. Vol: 1, Verlag-Dr. Koster Berlin, 1995 s.121-125.
- Salaçın S., Çekin N., Gülmen M.K., Alper B., Şen F. Changing Profile of the Manner of the Deaths in Adana. Acta Medicae Legalis, Vol. XLIV, 1994:289-291.
- Salaçın S., Çekin N., Gülmen M.K., Hilal A., Savran B. Retrospective Anaysis of the Medicolegal Deaths in Adana City, Turkey. XVII Congress of the International Academy of Legal Medicine. Dublin 20-23 August 1997.
- Salaçın S., Gülmen M.K., Alper B., Çekin N. Entoksikasyon Ön Tanılı Olgularda Antemortem-Postmortem Tanı Farklılıkları. Ankara Patoloji Bülteni.1994; 11 (1):12-15.
- Salaçın S., Çekin N., Gülmen M.K., Alper B., Şen F. Adana'da Çocukluk Çağı Ölüm Nedenlerinin Orijini ve Ölüm Nedenlerinin Dağılımı. I. Adli Tıp Kongresi. 14 Kasım 1994. İstanbul.
- Salaçın S., Gülmen M.K., Alper B., Çekin N., Şen F. Acute Carbonmonokside Intoxications Due to Simple and Preven-

table Fatal Accidents. Second International Symposium, Advances in Legal Medicine, Berlin, August 30-September 1, 1993. Zentralblatt Rechtsmedizin 1993, 4: 260.

21. Adana Güç Birliği Vakfı, Ekonomik Araştırmalar Kurulu, Güneydoğu Anadolu'dan Göç Eden Nüfusun Rehabilitasyonu ve Güney Adana Dinamik Kalkınma Projesi (GADKAP) Verileri (DPT, DiE, Başbakanlık) Adana, Ağustos 1997.

22. Sanner M.A. In Perspective of the Declining Autopsy Rate. Arc Pathol Lab Med.1994; 118.:878-883

23. Battle R.M., Pathak D., Humble C.G., et al. Faktors Influencing Discrepancies Between Premortem and Postmortem Diagnoses. JAMA.1987; 258 (3):339-44.

24. Gümen M.K., Salaçın S., Tuncer İ. Immunohistochemical Demonstration of HBsAg in the Liver Samples of Medico-Legal Autopsy Cases. XXI International Congress of the International Academy of Pathology and 12'th World Congress of Academic and Environmental Pathology, Budapest, Hungary 20-25 October 1996.

25. Oral G., Gümen M.K., Günhan Ö., Fincancı Ş.K., Finci R. A Review of 35 Years: 1225 Autopsies Performed at Gülhane Military Medical Academy. Presented in 13th Meeting International Association of Forensic Sciences, 22-28 August 1993.

**İSTANBUL'UN İKİ GECEKONDU BÖLGESİNDE
TOPLUMA DAYALI SAĞLIK HİZMETİ MODELİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

Dr. Enis BALKAN

Halk Sağlığı Uzmanı, Türkiye Aile Planlaması Vakfı Genel Koordinatör Yardımcısı

ÖZET

I. Giriş: Vakfımız 1994 Kasım-1996 Aralık ayları süresince Sağlık Bakanlığımız ile yaptığı alt-kontrat çerçevesinde, Ülkemizde UNFPA teknik desteği ile yürütülmekte olan "Güvenli Annelik Çalışması" içinde, büyük kentlerimizin gecekondu bölgelerinde uygulanabilecek bir toplum gönüllüleri programının geliştirilmesi çalışmalarında görev almıştır.

II. Amaç ve Hedefler: Sağlıkla ilgili bilgileri yaymak ve olumlu davranışları teşvik etmek amacıyla, sağlık sektörü dışında, hedef toplumun kendi bireylerinden insan gücü olarak yararlanma stratejisine dayalı olarak planlanan **Toplum gönüllüleri programı, Ülkemiz koşullarına uygun, sürdürülebilir bir modelin eğitim, uygulama, izleme, değerlendirme ve geliştirme unsurlarının belirlenmesi için yürürlüğe kondu.**

III. Bulgular: Çalışma başlangıcında Ülkemiz kontraseptif kullanım değerlerine benzer bir tablosu olan çalışma bölgelerinde, yapılan iki yıllık müdahale sonucu çok farklı bir tablo elde edilmiştir.

Etkili yöntem kullanım oranı %70 lere tırmanırken, etkisiz yöntem kullanımında ve yöntem kullanmayan oranında önemli düşüşler sağlanmıştır.

IV. Sonuç ve Öneriler: Çalışmanın yapıldığı 22 aylık dönemde toplam 14.425 doğurgan çağıdaki kadın, 77.004 kez, ortalama 5,5 kez ziyaret edilmiştir. Bu kadınlardan yaklaşık 4.500'ü yeni bir yöntemle tanıştırılmış ve bunların yalcaşık %60'ı sürekli aile planlaması yöntemi kullanır hale getirilmiştir.

Sonuç olarak; İstanbul'da yürütülen bu çalışma böyle bir modelin son derece yararlı olduğunu ve yaygınlaştırıldığı takdirde halkın sağlık düzeyinde olumlu değişimler göstereceğini ortaya koymaktadır.

SUMMARY

DEVELOPING TO COMMUNITY BASE SERVICES MODEL FOR THE INCREASE OF ACCESSIBILITY OF REPRODUCTIVE HEALTH AND FAMILY PLANNING SERVICES IN TWO SQUATTER AREAS OF ISTANBUL

During the November 1994 and December 1996, our Foundation, within the framework of the sub-contract with the MOH, took on the development of a community volunteer program that would be applicable in our cities and large gecekondu areas.

The objectives were this projects in a general to ensure the provision of appropriate reproductive health information and services that respond to the changing reproductive needs of families living in the squatter areas of Istanbul; in specifics, to raise awareness for reproductive health among reproductive aged people about reproductive health, encouraging them to get their needs met by utilising the CBD workers and to develop the appropriate infrastructure for meeting reproductive health needs by setting up an interactive communication system among the clients and service providers.

In the work that was done, a total of 14.425 married women of reproductive age and their children were visited 77.004 times, as average of 4 times. Over 4.500 of these were introduced to modern family planning methods as first-time users.

In conclusion, the work carried out in Istanbul suggested this type of project was useful and that in the event of it being more widespread, would lead to a positive change in the level of people's health.

I. Giriş: Vakfımız 1994 Kasım-1996 Aralık ayları süresince Sağlık Bakanlığımız ile yaptığı alt-kontrat çerçevesinde, Ülkemizde UNFPA teknik desteği ile yürütülmekte olan "Güvenli Annelik Çalışması" içinde, büyük kentlerimizin gecekondu bölgelerinde uygulanabilecek bir toplum gönüllüleri programının geliştirilmesi çalışmalarında görev almıştır.

Ülkemizde mevcut, temel sağlık hizmetlerini vermeye yönelik sistem kırsal alanda oldukça iyi işlemesine rağmen geniş gecekondu bölgelerini barındıran kentsel alanlarda yetersiz kalmaktadır. Gecekondualarda yaşayan halkın büyük bir bölümü aile planlaması imkan ve uygulamalarından çeşitli nedenlerle yeterince yararlanmamaktadır.

Büyük kentlere göç ederek genellikle gecekondu bölgelerinde yerleşen insanların diğer altyapı hizmetleri gibi sağlık hizmetlerine ulaşmasında ve yararlanmasında ciddi engeller vardır. Bu engellerin başında insanların hangi sağlık hizmetlerini hangi kurumlardan alabileceği bilgisinin yokluğu, yörede hizmet veren kuruluşların fonksiyonlarının yeterince bilinmemesi, üreme sağlığının iyileştirilmesi ve korunması için bilinmesi ve yapılması gerekenler, hizmet kalitesi gibi faktörler gelmektedir. Yine bu yörede yaşayanların eğitim düzeyinin düşüklüğü, onların yakından izlenip tecrübe evlerinde eğitimlerini de gerektirmektedir. Bu engellerin kaldırılmasında, yöre halkından seçilip eğitilmiş kadınlardan yararlanılması, diğer ülkelerde olduğu gibi Ülkemizde de hizmetin etkin kullanımına yol açacaktır. Toplum Gönüllüleri programı ile yapılmak istenen, Ülkemiz koşullarına uygun ve yaygınlaştırılabilecek bir modelin eğitim, uygulama, izleme, değerlendirme ve geliştirme unsurlarının belirlenmesidir.

II. Amaç ve Hedefler: Sağlıkla ilgili bilgileri yaymak ve olumlu davranışları teşvik etmek amacıyla, sağlık sektörü dışında, hedef toplumun kendi bireylerinden insan gücü olarak yararlanma stratejisine dayalı olarak planlanan **Toplum gönüllüleri programı, Ülkemiz koşullarına uygun, sürdürülebilir bir modelin eğitim, uygulama, izleme, değerlendirme ve geliştirme unsurlarının belirlenmesi için yürürlüğe kondu.**

Başlangıçta 14 ay süre için planlanan çalışma, 1995 yılı sonunda, Sağlık Bakanlığının ek kaynak tahsisi sonucu bir yıl uzatıldı.

Çalışmanın hedefleri

(a) Uzun Vadeli Hedefler: İstanbul'un Güngören ve Fikirtepe bölgelerinin gecekondualarında yaşayan ailelerin değişen ihtiyaçlarına cevap verecek aile planlaması bilgi ve hizmetlerinin sağlanması.

(b) Kısa Vadeli Hedefler

- 1-Çalışmanın ilk üç ayı sonuna kadar, 20 toplum gönüllüsü ve 2 denetçi hemşire aile planlaması ve iletişim konusunda beceri kazandırmak üzere eğitilmek
- 2-Çalışma dönemi sonuna kadar, bu bölgelerde yaşayan üreme çağındaki 10.000 kadını, aile planlamasının sağlığa olan yararları konusunda eğitmek ve onlara aile planlaması hizmeti vermek
- 3-Çalışma dönemi sonuna kadar, 4.000 kadını yeni aile planlaması uygulayıcısı, bunların 2. 500 ü sürekli kullanıcı hale getirmek.

III. Çalışma Yapılan Bölgenin Özellikleri: Çalışma bölgesi, proje yazımı sırasında, Vakfın kliniklerinin bulunduğu, biri Anadolu yakasında olan Fikirtepe, diğeri Avrupa yakasında olan Güngören olarak belirlenmiştir.

Çalışma sırasında Vakıf kliniklerinin merkez olarak alındığı bu bölgelerde, Vakıf klinikleri proje saha ofisi olarak kullanılmıştır. 1990 genel nüfus sayımına göre İstanbul ilinin yıllık nüfus artış oranı %4.47'dir. (Ülkenin genel nüfus artış hızı %2.17'dir). Çalışma uygulama alanı olarak alınan Güngören ve Fikirtepe bölgeleri 1960'ların sonlarından bu yana göçeden kişileri barındırmaktadır.

Güngören'deki Vakıf kliniği Güngören, Esenler ve Bağcılar Belediyelerinin sınırında bulunmaktadır. Güngören ve Esenler Belediyelerinin nüfusu yaklaşık 635.000'dir. Bu bölgeden uygulama için seçilen birbirine yakın Merkez Mahallesi, Karabayır ve Davutpaşanın nüfusları sırasıyla 40.000, 25.000 ve 20.000'dir. Bu bölge, tipik gecekondu özelliğini giderek kaybetmeye başlayan bir bölgedir. Yöredeki yerleşim daha düzgün konutlara dönmekle birlikte, yaşam tarzı gecekondu yaşamından farklı bir çizgi izlenmektedir. Çalışma döneminde, bölge içinde göçün yıllık %15'in üzerinde olduğunu saptanması ve gözlemler, İstanbul dışından göç gelenlerin ilk duraklarından birinin bu bölge olduğunu göstermektedir. Yörenin nüfusu yeni kat ilaveleri ile artarken, hızlı iç göç, yapısının değişimine olanak vermemektedir.

Çalışmanın planlandığı bölgede, sağlık ocakları, AÇS/AP merkezi, bir kamu hastanesi polikliniği ve çok sayıda özel kuruluş yer almaktadır.

Diğer bölge olan Fikirtepe, Kadıköy Belediyesinin sınırları içinde bulunmaktadır. Fikirtepe'nin nüfusu 450.000'dir. Uygulamanın planlandığı Dumlupınar'ın nüfusu 65.000, Fikirtepe'nin nüfusu ise 75.000'dir. Fikirtepe İstanbul'un en eski gecekondu bölgelerinden biridir ve kentin iyi yerleşim yerlerinin (Kadıköy, Göztepe) arasında kalmıştır. Civarının gelişmesi, Fikirtepe ve civarını beklenen düzeyde etkilememiş, bölge, neredeyse kurulduğu günlerdeki özelliklerinden birşey kaybetmemiştir. Ancak eski altyapı hizmetlerinden yararlanma şansını sağlamıştır.

Çalışmanın planlandığı bölgede, sağlık ocakları, AÇS/AP merkezleri, bir kamu hastanesi ve çok sayıda özel kuruluş yer almaktadır.

IV. Proje Personeli: Çalışmada, bir direktör, bir koordinatör, iki denetçi hemşire, ilk yıl 20, ikinci yıl 14 saha görevlisi çalışmıştır.

Denetçi hemşireler, vakıf kliniklerinde çalışan hemşirelerden seçilmiştir.

Saha görevlileri, bölgede oturan en az ilkokul mezunu kadınlardan seçilmiştir. Saha elemanı olmaya aday 36 kadın iki gruba ayrılarak üç haftalık bir eğitimden geçirilmişlerdir. Bu eğitimin iki haftası teorik, bir haftası pratik uygulamaları kapsamıştır Sağlık Bakanlığı ile koordinasyon içinde bir eğitim programı hazırlandı. Bu çerçevede program, yatay ve dikey program haline getirilerek detaylandırıldı. Bu programda üreme, kadın ve çocuk sağlığı, genel hijyen, çevre sağlığı, aile planlaması, danışmanlık ve iletişim konuları yer aldı.3 haftalık hazırlanan programın, üçüncü haftasında saha pratiği yaptırılması planlandı

V. Saha Çalışmalarında Yaklaşım: Seçilen bölgelerde, sokaklar, 500 kadını kapsayacak şekilde ayrılarak 20 küçük bölge oluşturulmuş ve her kadının sorumluluğuna bir küçük bölge verilmiştir. Saha görevlisi kadınlar sürekli kendi bölgelerinde çalışmış ve hazırlanan görev tanımları içinde istenenleri gerçekleştirmişlerdir.

Ev ziyaretlerinde mümkün olduğunca yüz yüze görüşmeler yapılmış, önce, ön yüzünde kadının durumunu saptayacak soruları kapsayan kayıt kartı doldurulmuş ve belirlenen ihtiyaç çerçevesinde gebelik, doğum öncesi bakım, doğum sonu bakım, yenidoğan bakımı, çocukluk dönemi büyüme ve gelişmenin izlenmesi, çağ aşılı, aile planlaması sanışmanlığı gibi konularda eğitim yapılmıştır. Bu ziyaret sırasında kadının ne sıklıkla izlenmesi gerektiği saptanmış ve bir sonraki ziyaret planlanmıştır.

Saha görevlisi kadınlar belirlenen kurallar çerçevesinde kontraseptif dağıtımını da üstlenmişlerdir. Ayrıca, sahaya özel mesajların iletilmesi gereken durumlarda saha görevlilerinden yararlanılmıştır. Çalışma döneminde, Sağlık Bakanlığının Ülkemiz için planladığı iki aşı kampanyası sırasında da, saha görevlileri kampanya duyurusunu evlerde tekrarlayarak, aşılanma oranının yükselmesine katkıda bulunmuşlardır.

Saha ziyaretleri, 1 şubat 1995'te başlayarak 31 Aralık 1996'ya kadar ki 22 ay boyunca kesintisiz sürdürülmüştür. Bu ziyaretler sırasında herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurması gerekenler saptandığında sevk kartı verilmiş, bu karta sevk nedeni yazılarak sonuçlar izlenmeye çalışılmıştır. Saha görevlilerinin çalışmaları haftalık çalışma formları ile denetçi hemşireler tarafından izlenmiştir.

VI. Saha Çalışması Öncesi Hazırlıklar

A) Kayıt Sistemi: Çalışma sırasında yapılan ev ziyaretleri geliştirilen özel bir kayıt kartına geçilmiş, bu kartlar aynı zamanda izlem kartı olarak kullanılmıştır. Ön yüzünde tanıtıcı bilgilerinin, arka yüzünde izlem bilgilerinin kaydedildiği bu kartlar, çalışmaya paralel olarak bilgisayara girilmiş, ay sonunda aylık raporlara esas olacak bilgiler, proje sonunda projeyi değerlendirmeye yarayacak bilgiler elde edilmiştir. Haftalık ve aylık çalışmaların kaydedildiği formlar, çalışmaların izlenmesinde kullanılmıştır. Sevk kartları çalışma için geliştirilen bir başka kayıt formudur.

B) Lojistik Destek: Çalışma sırasında yeterli miktarda dağıtılan kontraseptiflerin neredeyse tamamı Vakıf tarafından temin edilmiştir. Sadece bir miktar köpük tableti özel bir firma ile yapılan işbirliği sonucu ücretsiz olarak temin edilmiş ve dağıtılmıştır. Yine çalışmanın son döneminde OK kondom örnekleri kullanıcıları satın almaya ve markaya alıştırmak amacı ile dağıtılmıştır.

Kontraseptif malzemenin çıkışı Vakıf deposundan kliniklere yapılmış ve denetçi hemşirelerin gözetiminde saha görevlilerine dağıtılmıştır. Saha görevlileri kontraseptif malzemeyi kullanıcılarına ulaştırmıştır.

C) Eğitim Materyali: Çalışmanın hazırlık dönemi sırasında geliştirilen ve çoğaltılan kitapçık ve kullanıcı broşürleri, saha görevlileri tarafından ziyaret edilen kadınlara dağıtılmıştır.

D) Bölgedeki Sağlık Kuruluşları ile İlişkiler: Çalışma bölgesinde kamuya ait birçok sağlık kuruluşu mevcuttur. Bu kuruluşlarla ilişkiler, çalışmaların sağlığını etkilemektedir. Çalışma başlangıcında ve süresince İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri ile yakın ilişki kuruldu. Bir Güngören Sağlık Grup Başkanlığında diğeri Kadıköy Evlendirme Dairesinde olmak üzere sağlık kuruluşları personeli ile iki büyük toplantı yapıldı. Bu toplantılarda çalışmanın kapsamı, proje faaliyetleri ve sağlık kuruluşlarından beklenenler anlatıldı, katılanlara konuyu özetleyen bir metin dağıtıldı.

Çalışmanın devamı sırasında, bölge sağlık kuruluşları hemen her ay ziyaret edilerek sevk kartlarının işleyişi izlendi, kuruluş yöneticileri ile görüşüldü.

Çalışma sırasında Zeynep Kamil Doğumevi, Bakırköy SSK Doğumevi, Numune Hastanesi, İstanbul Üniversitesi Kadın Sağlığı araştırma Birimi gibi bölge dışı kuruluşlara da düşük talebi veya cerrahi yöntem uygulaması ve benzeri nedenlerle sevkler yapıldı.

Bölgelerde sevk için kullanılan sağlık kuruluşları şunlardır:

Güngören Bölgesi: Güngören AÇS/AP Merkezi, Güngören, Genç Osman, Esenler Sağlık Ocakları, Esenler Haseki Polikliniği.

Fikirtepe Bölgesi: Kadıköy ve Örnek Mahallesi AÇS/AP Merkezleri, Fikirtepe Sağlık Ocağı, SSK Göztepe Hastanesi.

Çalışma kapsamında gerektiğinde sevk kurumu olarak kullanılacak ikinci basamak sağlık kuruluşları gerek yazı yazılarak ve gerekse ziyaret edilerek proje konusunda bilgilendirildi ve sevk sisteminin işletilmesinde yardımları istendi.

E) Durum Saptama Araştırması: Çalışmanın, saha çalışmaları öncesinde her iki çalışma bölgesini de kapsayan bir durum saptama araştırması yapıldı. Araştırmada Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü'nün koordinasyonunda yapılan toplantılarda saptanan sorular kullanılmıştır. Görüşülenlere toplam 65 soru yöneltilmiştir.

Araştırma Görüşme Formu 7 bölümden oluşmaktadır.

1. Bölümde Sosyo Demografik Bilgiler,
2. Bölümde Doğurganlık Öyküsü Ve Aile Büyüklüğü Konusunda Tercihler,
3. Bölümde Kontraseptif Bilgisinin Kaynağı, Geçmişte Ve Halen Kullanılan Yöntemler,
4. Bölümde Doğum Öncesi Bakım İle İlgili Bilgi ve Davranışlar,
5. Bölümde Doğum İle İlgili Bilgi ve Davranışlar,
6. Bölümde Doğum Sonu Bakım İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlar,
7. Bölümde Emzirme ve Çocuk Bakımı ile İlgili Bilgi ve Davranışlar.

Bu tebliğde çalışmanın aile planlaması ile ilgili bölümü verilmektedir.

Araştırma sonuçlarından bir bölümü aşağıda yer almaktadır. Araştırma iki bölgede ayrı ayrı yapıldığı için, sonuçlar küçük farklar nedeni ile birleştirilmeden verilmektedir.

1. Sosyo Demografik bulgular:

Göç Geldikleri Yerler: Kadınların, Güngören'de %28.1, Fikirtepe'de %24.5 1 son 5 yıl içinde İstanbul'a gelmişlerdir. Bölgede doğup büyüyen kadın oranları, Güngören'de %13.1, Fikirtepe'de %16.2 dir. Göç gelinen yöreler içinde İç Anadolu ve Doğu Anadolu illeri başta gelmektedir. Karadeniz bölgesi ile Güney-doğu Anadolu bölgeleri bunu izlemektedir. Özellikle göç gelinen bir il saptanmamıştır.

Yaş Dağılımı: Güngören bölgesinde deneklerin %80'i 20-39 yaşları, Fikirtepe bölgesinde %82'si 20-39 yaşları arasındadır. Çalışma kapsamına, 15-19 yaş grubundan her iki bölge için ortalama %8'lik bir bölüm girmiştir.

Eğitim Durumu: Kadınların Güngören bölgesinde %16'sının, Fikirtepe bölgesinde %20.5'inin hiç okula gitmediği görülmüştür. İlkokul mezunu olan kadınların oranı Güngören'de %61.3, Fikirtepe'de %59.0'dır. Bu bölgelerde yaşayan kadınların eşleri eğitim yönünden daha şanslıdır. Güngören'de eşlerin %36'sı, Fikirtepe'de eşlerin %23'ü ortaokul ve üzeri bir okul mezunu iken hiç okula gitmemesi oranı ortalama %4.5'dir.

İş ve Sosyal Güvenlik Durumu: Kadınların Güngören'de %97.2'si, Fikirtepe'de %98.6'sı gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. Güngören bölgesi kadınların %77.7'sinin, Fikirtepe bölgesi kadınlarının %57.7'sinin bağlı olduğu bir sosyal güvenlik kurumu yoktur. Sosyal güvenliği olanlardan Güngören'deki kadınların %18.2'si, Fikirtepe'deki kadınların %35.1'i SSK kapsamında yer almaktadır.

Evlilik Süresi: Çalışmaya alınan kadınların halen %99.5'i evlidir. Kadınların her iki bölge için ortalama %28.3'ü 15 ve daha uzun süredir evlidirler.

2. Doğurganlık Öyküsü Ve Aile Büyüklüğü Konusunda Tercihler:

Gebelikler: Görüşülen kadınların Güngören'de %8.3'ü, Fikirtepe'de %10.5'i görüşme sırasında gebe olduğunu bildirmiştir. Yine görüşülen kadınların Güngören'de %94.3 ü, Fikirtepe'de %96.9'u yaşamlarında en az bir kez gebe kalmışlardır.

Canlı Doğum Sayıları Ve Bebek Ölümleri: Görüşülen kadınlarda kadın başına ortalama canlı doğum sayısı Güngören'de 2.39, Fikirtepe'de 2.48 dir. Güngören'de kadınların %16.6'sı, Fikirtepe'de kadınların %17.8'i canlı doğan çocuklarından en az birinin öldüğünü belirtmişlerdir.

Kendiliğinden Ve İstemli Düşükler: Başından gebelik geçmiş kadınların, Güngören'de %25.5'i, Fikirtepe'de %15.9'u en az bir düşük yaptığını, Yine Güngören'de %31.7'si, Fikirtepe'de %29.1'i en az bir kez çocuk aldığını ifade etmişlerdir.

Yeni Çocuk İsteği: Bölgelerde yaşayan kadınların, Güngören'de %73.8'i, Fikirtepe'de %78.9'u başka çocuk istemediklerini ifade etmişlerdir. Çocuk isteyen kadınların Güngören'de %57.6 sı, Fikirtepe'de %46.0 ı iki yıl ve daha sonraki bir zaman içinde gebe kalmayı planladıklarını belirtmişlerdir.

İdeal Çocuk Sayısı ve Sahip Olunan Çocuklar: Kadınların ideal çocuk sayısı konusundaki görüşleri şöyledir. Güngören'de kadınların %69.1'i, Fikirtepe'de %77.5'i iki ve daha az çocuğun, Güngören'de kadınların %17.7'si, Fikirtepe'de %16.0'sı 3 çocuğun ideal olduğunu belirtmişlerdir. Buna rağmen Güngören'de kadınların %71.1, Fikirtepe'de kadınların %68.9'u istediklerinden fazla sayıda çocuğa sahiptirler.

3. Kontraseptif Bilgisinin Kaynağı, Geçmişte Ve Halen Kullanılan Yöntemler

Yöntem Bilme Durumu: Görüşülen kadınların Güngören'de %97.7'si, Fikirtepe'de %95.7'si herhangi bir modern aile planlaması yöntemini bildiğini ifade etmiştir. Yöntemler hatırlatıldığında hemen her kadın bu yöntemlerden birini bildiğini söylemektedir. Hatırlatma yapılmaksızın sorulduğunda söylenen yöntemlerin hatırlanma oranları şöyledir:

Kendiliğinden Hatırlanan Yöntemler	Hatırlanma Yüzdeleri	
	Gülgören %	Fikirtepe %
Yöntem		
Rahim İçi Araç	76.6	81.5
Oral Kontraseptif	79.2	75.8
Kondom	49.6	44.4
Köpük,Fitil	21.1	10.8
Tüplerin Bağlanması	12.0	7.1
Vazektomi	2.3	0.9
Uzun Etkili İğne	6.3	2.8
Norplant	2.6	9.1
Geri Çekme	38.2	40.7
Takvim	4.8	2.8

Yöntem bilgisi yaş küçüldükçe artmaktadır. Bu gözlem her iki bölgede de benzerlik göstermektedir.

Yöntem bilgisinin kaynağını, özellikle yeni yöntemler ve cerrahi yöntemlerde sağlık personeli oluşturmaktadır. Takiben basın ve TV gelmektedir. Tek tek yöntemler için bilgi kaynağı soruşturulduğunda çevremden, komşudan arkadaşımın cevaplar ile eşimden duydum cevabı belirlenmektedir.

Önceden Kullanılan Yöntemler

Kadınların en az bir kere kullandıklarını belirttikleri yöntemlerin oranları aşağıda verilmiştir:

Geçmişte Kullanılan Yöntemler	Kullanma Yüzdeleri	
	Gülgören %	Fikirtepe %
Yöntem		
Rahim İçi Araç	33.3	38.5
Oral Kontraseptif	30.8	29.3
Kondom	22.8	17.1
Köpük,Fitil	8.8	6.0
Tüplerin Bağlanması	2.6	2.3
Vazektomi	0.0	0.0
Uzun Etkili İğne	0.6	0.0
Norplant	0.0	0.6
Geri Çekme	41.0	40.7
Takvim	6.8	2.8

Her iki bölge için RİA ve hap en çok denenen yöntemlerdir. Yine Geri çekme en çok kullanılan yöntem olarak dikkati çekmektedir.

Halen Kullanılan Yöntemler: Her iki bölgede de, kadınlardan araştırma sırasında %41.1'inin etkili bir aile planlaması yöntemi kullandığı tesbit edilmiştir. Etkili Yöntem Kullanımı, Gülgören'de %44.3 ile 25-29 yaş grubunda, Fikirtepe'de %49.1 ile 30-39 yaş grubunda en üst düzeye ulaşmaktadır.

Bölgelerde yaşayan kadınların araştırma sırasında halen kullandıklarını belirttikleri yöntemlerin dağılımı şöyledir:

Halen Kullanılan Yöntemler	Kullanma Yüzdeleri	
	Gülgören %	Fikirtepe %
Yöntem		
Rahim İçi Araç	18.2	20.5
Oral Kontraseptif	9.7	8.5
Kondom	9.4	8.0
Köpük,Fitil	1.4	1.4
Tüplerin Bağlanması	2.6	2.3
Vazektomi	0.0	0.0
Uzun Etkili İğne	0.0	0.0
Norplant	0.0	0.6
Geri Çekme	28.2	29.1
Takvim	3.1	1.4
Toplam Etkili Yöntem	41.3	41.3
Toplam Etkisiz Yöntem	31.3	30.5
Kullanmayan	27.4	28.2
Toplam	100.0	100.0

En çok kullanılan yöntem her iki bölge için % 30 a yakın bir oranda geri çekmedir. Bunu RİA, izlemektedir.

Yöntem Kullanıcıların özellikleri: Yöntem kullanımı Gülgören ve Fikirtepe'de 19-39 yaşlar arası grupta yoğunlaşmakta, her iki bölge içinde 19 yaşından küçük ve 39 yaşından büyük olan kadınlarda kendi yaş grupları içinde Gülgören'de %23, Fikirtepe'de %27'lere düşmektedir. Yöntem kullanımının en yaygın olduğu grup Gülgören'de 30-39, Fikirtepe 25-29 yaş grubudur ve bu grupta etkili yöntem kullanımı %49 ve 45 olarak görülmektedir. lere çıkmaktadır.

Yaşayan çocuk sayısı ilçe yöntem kullanımı arasında da ilginç bulgular elde edilmiştir. Yaşayan çocuğu olmayan veya az çocuğu olan kadınların yöntem kullanılmamaları çocuk isteği ile açıklanabilir. Çalışmada çok çocuğu olanların da modern yöntem kullanmaktan uzak olduklarını göstermiştir. Yöntem kullanımında yoğunluk her iki bölgede de %50'lerle 3 çocuk sahibi kadınlarda yoğunlaşmaktadır.

Etkili yöntem kullanımı eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır. En düşük düzey hiç eğitim görmeyen kesimde görülmektedir. Tek istisna, ilkokulu bitirmeyen grupta modern yöntem kullanımında görece yüksek bir değer görülmektedir.

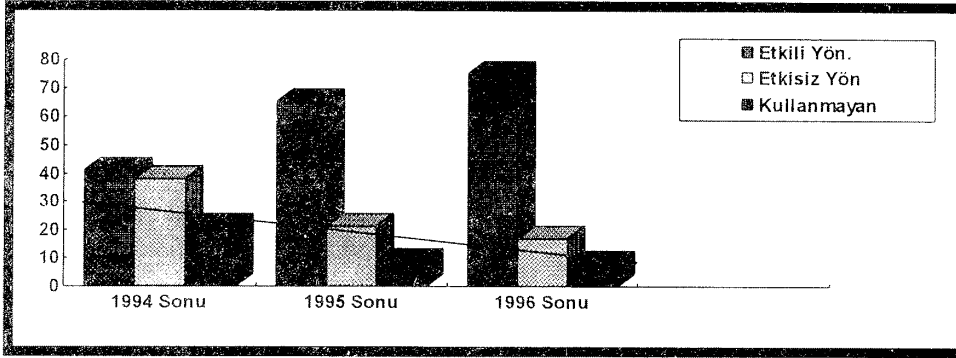
Istemli düşük deneyimi olan kadınlarda, modern yöntem kullanımı Güngören'de %55, Fikirtepe'de %48 oranı ile genel oranın üzerinde bir değer göstermektedir.

VII. Saha Çalışmaları: Hazırlıkların tamamlanmasını takiben 1 Şubat 1995 tarihinde sahaya çıkmış ve ev ziyaretleri başlamıştır. İki yıl süre ile yapılan çalışmaların sayısal sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Çalışmanın değerlendirilmesinde, aylık çalışma raporları, sahadan toplanan bilgilerin bilgisayar ortamında değerlendirilmesiyle elde edilen veriler ve 1996 yılı sonunda yapılan değerlendirme araştırmasının sonuçları kullanılmıştır. İlk iki bilgi kanalı, proje personeline oluşturulan kanaldır. Üçüncü bilgi kaynağı, bağımsız bir kuruluşa yaptırılan değerlendirme araştırması sonuçlarıdır, bu sonuçlar her iki bölgeden seçilen örnek üzerinden elde edilmiştir. Bazı grafikler her iki bölgeden elde edilen bilgilerin birlikte değerlendirilmesiyle elde edilmiştir.

Aile Planlaması Çalışmaları

Grafik.1 Yöntem Kullanımındaki Değişim



Çalışma başlangıcında Ülkemiz kontraseptif kullanım değerlerine benzer bir tablosu olan çalışma bölgelerinde, yapılan iki yıllık müdahale sonucu çok farklı bir tablo elde edilmiştir. (Grafik.1, Tablo :1)
Etkili yöntem kullanım oranı %70'lere tırmanırken, etkisiz yöntem kullanımında ve yöntem kullanmayan oranında önemli düşüşler sağlanmıştır.

Tablo : 1 Çalışma Öncesi ve Sonunda Aile Planlaması Yöntem Kullanım Yüzdeleri

Tablo: 1 Çalışma Öncesi Ve Sonunda Aile Planlaması Yöntem Kullanım Yüzdeleri

Yöntemler	Çalışma Öncesi (%)	Çalışma Sonu (%)
RIA	26.7	37.1
Oral Kontraseptif	6.5	7.6
Kondom	5.7	18.2
Tüp Ligasyonu	2.3	2.7
Diğer Etkili Yöntemler	1.3	1.6
Etkili Yöntem Toplamı	42.5	67.2
Geri çekme	35.7	22.5
Diğer etkisiz	0.7	1.7
Etkisiz yöntem toplamı	36.4	24.2
Enzime	3.0	2.8
Yöntem kullanmayan	18.1	5.8

Sonuç ve Öneriler: Çalışmanın yapıldığı 22 aylık dönemde toplam 14.425 doğurgan çağıdaki kadın, 77.004 kez, ortalama 5.5 kez ziyaret edilmiştir. Bu kadınlardan yaklaşık 4.500'ü yeni bir yöntemle tanıştırılmış ve bunlarının yaklaşık %60'ı sürekli aile planlaması yöntemi kullanır hale getirilmiştir.

Çalışmaların başladığı ayı takibeden her ay sonunda, proje koordinatörü her grup ile düzenli toplantılar yaparak sorunları değerlendirdi. çözüm yolları üretmeye çalıştı. Toplum gönüllüleri ile temasız denetçi hemşire vasıtasıyla sürekli oldu. Denetçi hemşire, toplum gönüllüleri ile haftada iki kez toplayarak eğitimlere devam etti. Aylık toplantılarda ortaya konan konuları şöyle sıralayabiliriz:

1. İlk konu Toplum Gönüllülerinin evlere kabulünde karşılaşılan güçlüklerdi. Hızla gelişen bir metropol olan İstanbul'da zaman zaman mahalle içlerinde görülen olaylar, seyyar pazarlamacıların amaç dışı girişimleri yöre halkında belli bir önyargı ve tedirginlik yarattığından, ziyaret için giden kadınlarımızın kabulünde sorunlar çıktı. Planımız, mümkün olduğunca teke tek görüşmeler yolu ile insanları eğitmek olmasına rağmen başlangıçta, bir evde birkaç kadınla görüşmek durumunda kalındı. İkinci ayı takiben bu sorun azaldı ve takibeden aylarda tümüyle bitti.

2. Saha çalışmalarının başladığı ilk aylarda organize karşı bir hareketle karşılaştık. Toplum Gönüllülerimiz gibi evleri ziyaret eden bir başka grup kadın bir süre aleyhimize propaganda yaptı. Ancak kısa bir süre sonra Toplum Gönüllülerimiz yöre halkınca benimsendi ve bu tür faaliyetlerin çalışmada olumsuz bir etkisini görmedik.

3. Sağlık hizmetine ihtiyacı olanları sağlık kuruluşlarına sevk için kullandığımız kartları yeterince işletemedik. İnsanların yöredeki bazı kamu kurumlarına gitmek istemediklerini saptadık. Kendilerine kötü davranıldığını sorunlarının çözümünde yeterince yardımcı olunmadığını duyduk. Sağlık kuruluşlarını teker teker ziyaret ederek amacımızı anlattık, yardımlarını istedik. Bazı kurumların

yeterince altyapısı olmadığı için görevi olan hizmeti veremediğini gördük.

4. Gebelerin, ultrason cihazı olmayan sağlık kuruluşlarına izlem için gitmediklerini saptadık. Bu nedenle birçok gebe kadının özel muayenehane veya polikliniğe gittiğini, nitelikli doğum öncesi bakım alamadıklarını saptadık. Yine doğumların giderek evlerde yapılmaya başladığını biliyoruz. Hastane ücretlerinin yüksekliği ve ilk doğumlarda epizyo (kesi yapılıp dikiş atılması) bu davranışta önemli bir faktör olarak saptandı.

Kürtaj talepleri ve cerrahi yöntemler konusunda hizmet veren kurumların az olması ve kapasite kısıtlılığı, bu yöntemlere olan talebi karşılayamamız sonucunu doğurmaktadır. Yine cilt altı implantlara olan talebi karşılamakta da sıkıntı çekilmektedir.

Bunların yanında proje faaliyetleri ile yan yararlar sağladık. Mayıs ayında yapılan polio eradikasyonu kampanyası çalışmalarında sahada çalışan toplum gönüllülerimizi halkı bu konu hakkında bilgilendirme görevi verdik ve aşılama gitmelerini teşvik ettik. Sonuç olarak çalışma yapılan bölgelerde aşılama oranı İstanbul İli ortalamasının çok üzerine çıktı. Güngören Sağlık Grup Başkanlığı bu vesile ile başarı ödülü aldı ve bize teşekkür etti.

Sahada çalışan kadınlar, halk tarafından benimsendi ve çalışma saatleri dışında da bu kadınlardan yararlanılmaya başlandı. Bölge sınırında oturan ve çalışma kapsamına alınmayanlardan, çalışmanın kendi bölgelerinde de yapılması için talepler almaya başladık.

Sonuç olarak; İstanbul'da yürütülen bu çalışma böyle bir modelin son derece yararlı olduğunu ve yaygınlaştırıldığı takdirde halkın sağlık düzeyinde olumlu değişimler göstereceğini ortaya koymaktadır.

**ANKARA İLİ KENT MERKEZİNDEKİ ECZANELERİN AŞI VE DİĞER BİYOLOJİK MADDELERİ
SOĞUK ZİNCİR KURALLARINA UYGUN OLARAK SAKLAMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uz. Psk. Çetin BOZKAYA*, Dr. Yıldırım BAYAZIT**, Prof. Dr. Sabahat TEZCAN***

*Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

**Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

***HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Ankara ili kent merkezindeki eczanelerde biyolojik maddelerin soğuk zincir koşullarına uygun olarak saklanma durumlarının araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Araştırma bölgesi Ankara kent merkezidir. Araştırma evrenini 1.141 eczane oluşturmaktadır. Örneklem için "Birey Sayısı Bilinen Evren Formülü" kullanılarak, orantılı-sistematiik örnekleme yöntemi ile 280 eczane seçilmiştir. Örnekleme dahil olan 251 eczaneye anket uygulanmış ve bunlardan 243'ü değerlendirilmeye dahil edilmiştir. Araştırmada araştırmacılar tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın tipi kesitsel bir durum saptama araştırmasıdır.

Bulgular: Eczanelerin çok büyük bir bölümünün hastaneler civarında olduğu görülmektedir. Eczacıların bulunmadığı bazı eczanelerde sürekli sorumlu durumundaki kalfaların, araştırmaya katılmada sorumluluk üstlenmekten kaçındıkları görülmüştür. Eczane- de sorumlu olarak duran kişilerin %71.2'sinin soğuk zincirin tanımını, %40.3'ünün soğuk zincir malzemelerinin neler olduğunu, %27.2'sinin buzdolabına neler konması gerektiğini, %42.8'inin buzdolabının ısısının kaç derece olması gerektiğini, %84.8'inin aşı ve serumların buzdolabına nasıl yerleştirilmesi gerektiğini, %70.8'inin elektrik kesintisinde soğuk zinciri korumak için ne yapılması gerektiğini, %56.4'ünün aşı ve serum satışı sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini hiç bilmedikleri anlaşılmıştır. Sürekli sorumlu kişilerin soğuk zincir tanımına verdikleri yanıtın çok düşük düzeyde doğru olarak ortaya çıkmasının en büyük nedeni olarak araştırmacıların bu soruyu değerlendirmede literatür bilgilerine yakın bir tanımlı baz olarak almaları olduğu düşünülmektedir. araştırmaya katılan eczanelerin %95.0'inde buzdolabı dışında aşı ve serum bulunmamaktadır. Bu aşı ve serumlar, eczanelerin %7.1'ine diğer ilaçlarla beraber sıcak ortamda gelmişti. Yine bu eczanelerin %13.3'ünde aşı ve serumlar normal ilaç satar gibi satılmaktaydı. Araştırmaya katılan eczanelerde soğuk zincir malzemelerinin hangilerinin var olduğu araştırılmış ve sonuç olarak; %100'ünde buzdolabı, %3.3'ünde buzdolabının içinde termometre, %78.1'inde buz aküsü, %16.5'inde aşı nakil kabı, %0.8'inde ısı takip çizelgesi, %31.4'ünde buzdolabı sebzeliğinde soğutma amaçlı su şişesi vardır. Bu eczanelerin buzdolaplarının mevcut ısı dereceleri ölçülmüş ve %63.4'ünün ısısının +2-+8 derece arasında olduğu tespit edilmiştir. Eczanelerin %64.3'ünde aşı ve serumlar buzdolabının içine soğuk zincir kurallarına uygun olarak yerleştirilmiştir.

Eczanelerin biyolojik ürünleri, soğuk zincir kurallarına yeterince uygun olarak sakladıkları ve sattıklarını söylemek pek mümkün değildir. Eczaneler biyolojik ürünleri buzdolabı içindeki yeri bile önemli olmaksızın sadece buzdolabı içinde saklamak olarak görmektedirler ve bir eczanenin buzdolabı içinde bu ürünler dışında olmaması gereken şeylere rastlanmıştır. Sonuçta soğuk zincir kurallarına araştırmaya katılan eczanelerin %43.2'si uymaktadır.

Sonuç: Bu araştırmaya göre, Ankara ili kent merkezindeki eczanelerin biyolojik ürünleri, soğuk zincir kurallarına yeterli uygunlukta saklamadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Soğuk zincir, Aşı etkinliği, Biyolojik ürün

SUMMARY

Purpose: To search pharmacies in Ankara city center, if biological substances have preservation condition suitable to the cold chain.

Material-Method: Research area is Ankara city center. There is 1.144 pharmacies in research area.280 pharmacies are selected using. "Sampling Acquaintance Universe Formula" with proportional \bar{n} systematic sample method. In 251 pharmacies, which are included in the sampling, a survey is practiced and 243 of them are included in the evaluation. In research, two sectioned survey form, which is developed by the researchers is used. Type of the research is a cross-sectional situation determination.

Findings: It's determined that most of these pharmacies are around the hospitals. As a reason of this, to serve the patients that had their receipts from the pharmacies at the nearest point. It is determined that the qualified workmen that are supposed to be responsible, are trying to avoid getting responsibilities. The researcher's taking definition close to the literature in the evaluation of this question. The main reason of the responsible person's answering cold chain definition in a very low level of correctness. It's not possible to say that the pharmacies preserve and sell the biological products efficiently according to the principles of the cold chain. Pharmacies accept preserving biological products as keeping them in refrigerator without giving importance to its place in the refrigerator. Besides this, there were some products that should not be in refrigerator.

Result: According to the research, it is determined that the pharmacies in the centre of Ankara province don't preserve the biological product efficiently according to the principles of the cold chain.

Giriş ve Amaç: Bağışıklama hizmetleri dünyada 200 yıldan beri verilmektedir. Son 20-30 yıldan beri toplumu infeksiyon hastalıklarından korumak için aşılama çok önemli çalışmalar yapılmıştır. Aşılama konusundaki en önemli başarı 1970'li yıllarda, çok öldürücü seyreden çiçek hastalığının eradike edilmesidir. Bunda; yaygın aşılama kampanyalarının ve etkili süreyans sisteminin çok büyük rolü vardır. Ayrıca gelişen teknolojiye bağlı olarak aşının naklinde buzdolabı gerektirmeden dondurulmuş kuru aşı kullanılması, aşının uygulama şeklinin çok kolay olması da önemli etkenlerdendir. Bugün ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 6 bulaşıcı hastalığa karşı düzenli olarak aşı uygulanmaktadır. Ayrıca ülkemizde Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (MMR) aşısı, Hepatit B aşısı, Kuduz aşısı (HDCV) bulunmakta ve isteğe bağlı olarak uygulanmaktadır (1).

Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığının uyguladığı rutin aşı takviminin içerisinde sadece 6 aşı bulunmaktadır. Oysa son yıllarda giderek koruyucu sağlık hizmetlerinin ve aşılanmanın önemi anlaşıldıkça, toplumun giderek diğer aşılarla olan talebi de artmaktadır. Bu aşılar eczanelerimizde yaygın olarak satılmaktadır. Bunların yanısıra biyolojik madde kapsamında tanımlanan bir çok serum da yine ihtiyaca cevap olarak eczanelerimizde bulundurulmaktadır.

Aşılama ve bağışıklık oluşması aynı anlamda gelmemektedir. Bağışıklığın gerçekleşmesinde soğuk zincirin önemi çok büyüktür. Aşıların üretildiği yerden, aşının uygulanacağı en uç noktaya kadar, uygun ısıda saklanması ve taşınması işlemine, bu işlemi sağlayan kişilerin, araç ve gereçlerin tümüne soğuk zincir denir (1).

Soğuk zincir doğrudan doğruya aşının ve serumların etkinliği, dolayısı ile bağışıklık ile ilgili bir uygulamadır. Eğer aşılar ve serumlar istenilen koşullarda saklanmaz ve nakledilmez ise yüksek aşılama oranlarına ulaşmak pek anlam ifade etmeyecektir.

Toplumun giderek rutin aşı takvimi dışındaki diğer aşılarla olan talebinin artması, bunun yanısıra ihtiyaç durumlarında kullanılan serumların, kullanıcılar tarafından özellikle eczanelerden temin edilmesi bu ürünlerin satışlarındaki soğuk zincir uygulamalarının ne durumda olduğu sorusunu akla getirmektedir.

Bunun yanısıra ülkemizde, aşılama oranları ile ilgili araştırmalar yapılırken özellikle aşıların niteliği ile ilgili araştırmalara pek rastlanılmamaktadır. Yapılan literatür taramalarında özellikle eczanelerin bu konu hakkındaki uygulamaları hakkında hiç bir veriye rastlanılmamakta birlikte, bu konuda yeterli bir mevzuat olduğu da söylenemez.

Sonuçta bütün eczanelerin özellikle bazı biyolojik ürünleri satmalarının zorunlu olduğu ve giderek aşı satışının da yaygınlaştığı gözönüne alınırsa, eczanelerin soğuk zincir uygulamaları ile ilgili bilgilere ihtiyaç olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

O halde yapılması gereken bu durumu ortaya koyacak bilgileri elde edecek çalışmalarını gerçekleştirmektir.

Bu araştırmanın amacı, Ankara ili kent merkezindeki eczanelerde biyolojik maddelerin soğuk zincir kurallarına uygun olarak saklanma durumlarının araştırılmasıdır.

Kısa Vadeli Amaçlar:

1. Eczanelerde aşı ve diğer biyolojik maddelerin saklanma ve satış koşulları mevcut durum değerlendirmesi.
2. Bu eczanelerde satış yapan kişilerin (Eczacı, Mesul Müdür, Kalfa) mesleki özellikler dikkate alınarak, soğuk zincir ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi, bu bilgileri elde ettikleri kaynakların saptanması.
3. Satış yapan kişilerin mesleki özellikleri ile mevcut durum arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Uzun Vadeli Amaçlar: Bu araştırma sonucunda elde edilecek verilere göre sorunlar saptandığı taktirde, hizmetin iyileştirilmesi için eğitim ve denetim uygulamalarıyla ilgili öneriler geliştirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma bölgesi Ankara ili kent merkezidir. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde Ankara nüfusu 2.525.000'dir, Ankara Çankaya, Altındağ, Yenimahalle, Keçiören ve Mamak olmak üzere 5 merkez ilçeden oluşmaktadır. Araştırmanın tipi, kesitsel bir durum saptama araştırmasıdır.

Araştırmanın evreni, araştırmanın gerçekleştirildiği Aralık 1996 döneminde Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden ve Ankara Eczacı Odasından elde edilen verilere göre, Ankara ili kent merkezinde 1.141 eczane bulunduğu belirlenmiştir.

Ankara Eczacı Odası Ankara kent merkezindeki eczaneleri 8 bölgeye ayırmış ve buna göre listelemiştir.1996 yılı başında Ankara Eczacı Odası tarafından hazırlanan liste, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün 1996 Aralık ayı kayıtlarına göre araştırmacılar tarafından revize edilmiş ve oluşturulan bu listeye göre; 1. bölgede 131, 2. bölgede 129, 3. bölgede 131, 4. bölgede 224, 5. bölgede 160, 6. bölgede 54, 7. bölgede 190 ve 8. bölgede 92 eczane bulunduğu belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü, prevalans belirlemeyi amaçlayan bir araştırma olması ve evrendeki eczane sayısının bilinmesi nedeniyle, önce "Birey Sayısı Bilinen Evren Formülü" kullanılarak örneklem için 249 sayısı bulunmuştur (13). Hata payı dikkate alınarak yaklaşık %12 fazlalıkla örneklem 280 olarak kararlaştırılmıştır.

Bundan sonra Ankara Eczacı Odasının listesindeki her bir bölge bir tabaka olarak kabul edilmiş ve orantılı-sistemik örnekleme yöntemi ile rastgele 280 eczane seçilerek örneklem oluşturulmuştur. Örneklemin belirlenmesinde tamamen epidemiyolojik ilke ve yöntemler izlendiği için örneklemin evreni temsil edebilirliği yüksektir.

Örneklem dahil edilen 29 eczaneye anket uygulanamamıştır. Bu 29 eczanenin 13 tanesi araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir. 9 eczaneye 2 kez gidilmesine rağmen araştırmanın gereği olarak hedeflenen sorumlu bir kişi bulunamamıştır. 7 eczanenin ise kapandığı belirlenmiştir. Geriye kalan 251 eczaneye anket uygulanmış; ancak bunlardan 8 tanesinin anketleri güvenilir bulunmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır. Sonuçta 243 eczaneye uygulanan anketler değerlendirilmeye alınmış olup; araştırmaya katılma %97.6 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmada, literatür bilgilerine ve benzeri araştırmalarda kullanılan bilgi ve anket formlarından yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen ve iki bölüme ayrılan bir anket formu kullanılmıştır. Söz konusu formda 35 soru bulunmaktadır. 17 sorunun yer aldığı ilk bölüm eczane ve eczanede daimi olarak bulunan sorumlu kişinin demografik özellikleri ile daimi sorumlu kişinin soğuk zincire ilgili bilgi düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu bölüm içinde eczane sorumlusuna sorulan soğuk zincire ilgili açık uçlu sorulara alınan yanıtlar sonrası Dünya Sağlık Örgütü ve literatür bilgileri doğrultusunda bir bilgi puanı verilmektedir. Bu bölüm kişilerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. İkinci bölüm ise araştırmacılar tarafından mevcut durum gözlenerek doldurulmuştur. Bu bölümde, eczanede bulunan aşı ve serumların saptanması, bunların soğuk zincire uygun olarak saklanma ve soğuk zincir malzemelerinin durumu değerlendirilmiştir.

Eczane sorumluları ile yüz yüze ve gözlem yapılarak doldurulan anket formlarındaki veriler Epi-Info programında araştırmacılar tarafından bilgisayara girilmiştir. Verilerin analizinde yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Toplanan verilerin değerlendirilmesi sonucu; araştırmaya katılan eczanelerin %89.7'sinin civarında bir sağlık kuruluşu vardı. Bu sağlık kuruluşunun tipi %47.2'sinde hastaneydi.

Bu eczanelerin %79.8'inde sürekli sorumlu kişi olarak eczacı bulunuyordu. Eczanede sürekli sorumlu olarak bulunan kişinin meslekteki çalışma süreleri incelendiğinde %74.1'ini beş yıldan daha fazla bu mesleği yaptığı, buna rağmen %54.7'sinin beş yıldan fazla bu eczanede çalıştığı anlaşıldı. Eczanede sorumlu olan kişilerin bilgi düzeylerini belirlemek için sorulan sorulara alınan yanıtların değerlendirilmesi sonucu; eczanede sorumlu olarak duran kişilerin %71.2'sinin soğuk zincirin tanımını, %40.3'ünün soğuk zincir malzemelerinin neler olduğunu, %27.2'sinin buzdolabına neler konması gerektiğini, %42.8'in buzdolabının ısısının kaç derece olması gerektiğini, %84.8'inin aşı ve serumların buzdolabına nasıl yerleştirilmesi gerektiğini, %70.8'inin elektrik kesintisinde soğuk zinciri korumak için ne yapılması gerektiğini, %56.4'ünün aşı ve serum satışı sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini hiç bilmedikleri anlaşılmıştır. Bilgi düzeyini ölçmek için sorular; sorulara tam veya yeterli düzeyde cevap veren kişiler toplamın %11.5'ini oluşturmaktadır. Yapılan araştırmada aşı ve diğer biyolojik ürünlerin eczane içindeki mevcut durumu da incelenmiştir. Gözlemler sonucu; araştırmaya katılan eczanelerin %95.0'inde buzdolabı dışında aşı ve serum bulunmamaktadır. Bu aşı ve serumlar, eczanelerin %7.1'ine diğer ilaçlarla beraber sıcak ortamda gelmişti. Yine bu eczanelerin %13.3'ünde aşı ve serumlar normal ilaç satar gibi satılmaktaydı. Araştırmaya katılan eczanelerde soğuk zincir malzemelerinin hangilerinin var olduğu araştırılmış ve sonuç olarak; %100'ünde buzdolabı, %3.3'ünde buzdolabının içinde termometre, %78.1'inde buz aküsü, %16.5'inde aşı nakil kabı, %0.8'inde ısı takip çizelgesi, %31.4'ünde buzdolabı sebzeliğinde soğutma amaçlı su şişesi vardır. Bu eczanelerin buzdolaplarının mevcut ısı değerleri ölçülmüş ve %63.4'ünün ısısının+2+8 derece arasında olduğu tespit edilmiştir. Eczanelerin %64.3'ünde aşı ve serumlar buz-

dolabının içine soğuk zincir kurallarına uygun olarak yerleştirilmiştir.

Soğuk zincir devamlılığı olması gereken bir durumdur. Bu devamlılığı sağlayabilmek için, aşı ve serumların uygun ısı şartlarında, etkinliğini kaybetmeden üretimden tüketime veya kullanımına olanak sağlanmalıdır. Bunun yapılabilmesi için her kademede sorumluların bilgilili ve soğuk zincir malzemelerin eksiksiz olması gerekmektedir. Uygun ısı şartlarını kontrolü için termometre ve ısı takip çizelgesi varlığı vazgeçilemeyecek kurallardır. Bu durum gözönüne alındığında Ankara İli Kent Merkezinde araştırmaya katılan eczanelerin hiç birisinin soğuk zincir kurallarına uygun niteliğine haiz olmadığı görülmüştür. Bunun üzerine mevcut durumu gösteren verilerin incelenmesi sonucu, aşı ve serumların uygun ısıda eczaneye geldiği ve eczaneden olması gereken ısı şartlarına uyularak satış yapıldığı, buzdolabı dışında başka bir yerde aşı ve serum bulundurmayan, aşı ve serumları buzdolabına kurallara uygun yerleştiren, görüşme sırasında buzdolabı ısı +2-+8 arasında bulunan eczaneler tesbit edilmiştir. Bu ezaaneler için soğuk zincir kurallarına uygun olarak değerlendirilmiştir. Bu şartlara araştırmaya katılan eczanelerin %43.2'si uygundur.

1. Yapılan araştırmada elde edilen verilerin, araştırmının bağımlı değişkeni olan soğuk zincir kurallarına uygunluk durumu ile karşılaştırıldığı zaman;

2. Yürüme mesafesinde bir sağlık kuruluşu olan eczanelerin %54'ü soğuk zincir kurallarına uymazken, yürüme mesafesinde bir sağlık kuruluşu olmayan eczanelerin %85.7'si soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=6.62$, $p<0.05$).

3. Yürüme mesafesindeki sağlık kuruluşu yataklı tedavi kurumu olan eczanelerin %44.1'i kurallara uymazken, sağlık kuruluşu tipi yataklı tedavi kurumu olmayan eczanelerin %62.9'u soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=7.56$, $p<0.05$).

4. Eczanede daimi olarak eczacının bulunduğu eczanelerin %52.4'ü kurallara uymazken, daimi olarak eczacıdan başka bir kişinin bulunduğu eczanelerin %71.8'i soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=7.02$, $p<0.05$).

5. Eczanede 5 yıldan fazla süre çalışan kişilerin sorumlu olarak durdukları eczanelerin %50'si kurallara uymazken, 5 yıldan daha az çalışanların sorumlu olarak durdukları eczanelerin %64.5'i soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=5.06$, $p<0.05$).

6. Eczanede sorumlu olan kişinin soğuk zincir malzemeleri bilgi düzeyi "Tam Biliyor" olanların %45'i soğuk zincir kurallarına uymazken, bilgi düzeyi "Hiç Bilmiyor" olanların %78'i soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=27.26$, $p<0.05$).

7. Eczanede sorumlu olan kişinin buzdolabına konması gerekenler bilgi düzeyi "Tam Biliyor" olanların %46.9'u soğuk zincir kurallarına uymazken, bilgi düzeyi "Hiç Bilmiyor" olanların %71.7'si soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=9.31$, $p<0.05$).

8. Eczanede sorumlu olan kişinin buzdolabı ısı derecesi bilgi düzeyi "Tam Biliyor" olanların %43.3'ü soğuk zincir kurallarına uymazken, bilgi düzeyi "Hiç Bilmiyor" olanların %68.3'ü soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=12.13$, $p<0.05$).

9. Eczanede sorumlu olan kişinin aşılardan buzdolabına yerleştirilmesi bilgi düzeyi "Tam Biliyor" olanların %9.1'i soğuk zincir kurallarına uymazken, bilgi düzeyi "Hiç Bilmiyor" olanların %60.3'ü soğuk zincir kurallarına uymamaktadır (Fisher kesin $\chi^2=11.69$, $p<0.05$).

10. Eczanede sorumlu olan kişinin elektrik kesintisinde yapılacaklar bilgi düzeyi "Tam Biliyor" olanların %29.4'ü soğuk zincir kurallarına uymazken, bilgi düzeyi "Hiç Bilmiyor" olanların %62.0'si soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=8.35$, $p<0.05$).

11. Eczanede sorumlu olan kişinin satış sırasında yapılacaklar bilgi düzeyi "Tam Biliyor" olanların %40.7'si soğuk zincir kurallarına uymazken, bilgi düzeyi "Hiç Bilmiyor" olanların %64.1'i soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=7.17$, $p<0.05$).

12. Eczanede buzdolabının buzlukunda buz aküsü var olanların %48.4'ü kurallara uymazken, olmayanların %86.5'i soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=22.54$, $p<0.05$).

13. Eczanede buzdolabının sebzeliğinde su şişesi var olanların %43.1'i kurallara uymazken, olmayanların %62.8'i soğuk zincir kurallarına uymamaktadır ($\chi^2=7.95$, $p<0.05$).

Eczanelerin çok büyük bir bölümünün hastaneler civarında olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak, eczanelerin reçetesini alan hastaya en yakın noktada hizmet sunma davranışı olduğu düşünülmektedir.

Eczacıların bulunmadığı bazı eczanelerde sürekli sorumlu durumundaki kalfaların, araştırmaya katılmada sorumluluk üstlenmekten kaçındıkları görülmüştür.

Sürekli sorumlu kişilerin soğuk zincir tanımına verdikleri yanıtın çok düşük düzeyde doğru olarak ortaya çıkmasının en büyük nedeni olarak, araştırmacıların bu soruyu değerlendirmede literatür bilgilerine yakın bir tanımla baz olarak almaları olduğu düşünülmektedir. Dikkat edilirse tanımla soğuk zincire uygunluk arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum, bu yargıyı desteklemektedir.

Aynı şekilde soğuk zincir doğru şekilde doğru tanımlanamamakta ancak, soğuk zincir malzemelerine daha fazla oranda doğru yanıt verilmektedir. Bunun nedeninin günlük yaşamda bu malzemelerin sürekli kullanılıyor olması olarak düşünülmektedir.

Sonuçta eczanelerin biyolojik ürünleri, soğuk zincir kurallarına yeterince uygun olarak sakladıkları ve sattıklarını söylemek pek mümkün değildir. Eczaneler soğuk zinciri ısı derecesi ve buzdolabı içinde konulduğu yer bile pek önemli olmadan, sadece buzdolabı içinde saklamak olarak görmektedirler.

Bunların yanı sıra eczanelerde sürekli sorumlu durumunda olan kişilerin soğuk zincir bilgilerinin hem yeterli olmadığı, hem de eskimiş olduğu görülmektedir. Eczacıların hemen tamamı bu bilgileri formal eğitimleri sırasında aldıklarını söylemektedirler. Bu durum mesleki eğitimleri sırasında bu konudaki bilgilerin yeterli düzeyde olmadığını veya unutulduğunu ve yeni gelişmelerin takip edilmediğini aklı getirmektedir.

Soğuk zincir malzemesi olarak aklı genellikle buzdolabı gelmektedir. Ancak soğuk zincir, üretimden tüketime bir sistem olduğu halde; sevk ile ilgili boyut pek önemsenmemektedir. Özellikle satıştan sonra müşteriye yeterli bilgi ve açıklamalar yapılmamaktadır. Yapılan açıklamaların da; özellikle aşının kişi tarafından alınıp götürüldükten sonra -hemen yaptırılmayacaksa- saklanması konusunda sağlıklı olduğu söylenemez.

Eczaneler elektrik kesilmeleri vb beklenmeyen durumlara göre hem yeterince donanımlı değil, hem de bu konudaki bilgileri eksik veya yanlış.

Aynı şekilde buzdolabı ısı durumunun takibi, neredeyse eczanelerin tamamı tarafından gözardı edilmektedir. Elde edilen bulgular da buzdolabı ısı durumu ile ilgili bir standardın olmadığını destekler nitelikte bulunmuştur.

Araştırma sonunda elde edilen bulgular, gözleme dayalı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen araştırma hipotezini büyük ölçüde destekler nitelikte bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki öneriler geliştirmiştir:

1. Eczacıların mezuniyet öncesi eğitimleri gözden geçirilmeli ve eğitim programlarında mutlaka aşı ve serumların, soğuk zincire uygun olarak saklanması ve sevk ile ilgili konulara yer verilmelidir.

2. Başta eczacılar olmak üzere, eczanelerdeki sorumlu kişiler, Sağlık Bakanlığı ve Eczacılar Birliği işbirliği içerisinde soğuk zincirle ilgili hizmet içi eğitimlerden geçirilmelidir.

3. En kısa süre içerisinde bilimsel standartlar doğrultusunda, gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmalı ve uygulamaya konularak bu konudaki yasal boşluk giderilmelidir.

4. İl Sağlık Müdürlüklerinin eczane denetimleri sırasında, biyolojik ürünlerin soğuk zincire uygunlukları özellikle, incelenmeli ve denetimlere de gerekli hizmet içi eğitimler verilmelidir.

5. Eczanelerdeki soğuk zincir koşullarının yanı sıra, özel firmaların ithal ettikleri ürünlerin, özellikle gümrüklerden girişleri ve depolara dağıtılışları sırasındaki soğuk zincir koşulları da araştırılmalıdır.

6. Biyolojik ürün dağıtan depoların da soğuk zincir uygulamaları ile ilgili veriler elde edilmelidir.

7. Halka yönelik sağlık eğitim programlarının içerisinde, eczanelerden aşı ve serum alan kitleyi dikkate alarak; bu ürünlerin so-

ğuk zincire uygun olarak satın alınması, nakledilmesi ve saklanması ile ilgili konulara yer verilmelidir.

8. Biyolojik ürün satan yerlerin soğuk zincir koşullarına uygunluğunu hedefleyen araştırmaların yanısıra aşı etkinliği ile ilgili araştırmalar da yapılmalıdır.

9. Dolaylı bir çözüm yolu olarak, ülkemizdeki rutin aşı takvimi gözden geçirilmeli ve kapsamı genişletilmelidir.

10. Rutin aşı takvimin yanısıra yine dolaylı bir çözüm yolu olarak, eczanelerde bulundurulması zorunlu serumların da sağlık kuruluşlarında sürekli olarak bulundurulması sağlanmalıdır.

11. Konu hakkındaki bilimsel araştırmaların sayısı artırılmalıdır.

12. Araştırmacıların geliştirdiği bu önerilerin yanısıra, eczaneler tarafından, özellikle akrep ve yılan serumu gibi serumların sadece riskli bölgelerde satılmasının zorunlu tutulması şeklinde bir düzenleme yapılması yolunda bir öneri geliştirilmiştir.

Tablo 1. Ankara İli Kent Merkezinde Seçilmiş Eczanelerin, Çeşitli Değişkenlerine Göre Dağılımı (Ankara, 1997)

DEĞİŞKENLER	SAYI	%
YÜRÜME MESAFESİNDEKİ SAĞLIK KURULUŞUNUN VARLIĞI		
HASTANE	103	42.4
SAĞLIK OCAĞI	50	20.6
ÖZEL KURUMLAR	48	19.8
KURUM DİSPANSERİ	15	6.2
DİĞER	2	0.9
YOK	25	10.1
ECZANEDE SÜREKLİ SORUMLU OLAN KİŞİ		
ECZACI	194	79.8
KALFA	46	18.9
DİĞER *	3	1.3
CİNSİYET		
KADIN	117	48.1
ERKEK	126	51.9
ECZANE SORUMLUSUNUN ÖĞRENİM DURUMU		
ILKOKUL	9	3.7
ORTAOKUL	10	4.1
LİSE	24	9.9
YÜKSEKOKUL	200	82.3
SORUMLU KİŞİNİN ECZANEDE ÇALIŞMA SÜRESİ		
5 YILDAN FAZLA	133	54.7
5 YIL VE DAHA AZ	110	45.3
SORUMLU KİŞİNİN MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ		
5 YILDAN FAZLA	180	74.1
5 YIL VE DAHA AZ	63	25.9
TOPLAM	243	100.0

*1-Mesul Müdür

2-Eczacıların eşi

Tablo 2. Ankara İli Kent Merkezinde Seçilmiş Eczanelerin, Eczanede Sorumlu Kişinin Soğuk Zincir Konusundaki Bilgilerine Göre Dağılımı (Ankara, 1997)

	TAM BİLİYOR		YETERLİ		HİÇ BİLMİYOR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SOĞUK ZİNCİR TANIMI	22	9.1	48	19.8	173	71.1	243	100.0
SOĞUZ ZİNCİR MALZEME BİLGİSİ	20	8.2	125	51.4	98	40.4	243	100.0
BUZDOLABINA KONMASI GEREKENLER BİLGİSİ	99	40.7	78	32.1	66	27.2	243	100.0
BUZDOLABININ ISI DERECESESİ	93	38.3	46	18.9	104	42.8	243	100.0
AŞI VE SERUMLARIN YERLEŞTİRİLMESİ	11	4.5	26	10.7	206	84.8	243	100.0
ELEKTRİK KESİLİNCE YAPILMASI GEREKENLER	18	7.4	53	21.8	172	70.8	243	100.0
SATIŞ SIRASINDA YAPILMASI GEREKENLER	27	11.1	79	32.5	137	56.4	243	100.0

Tablo 3.Ankara İli Kent Merkezinde Seçilmiş Eczanelerin, Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (Ankara, 1997)

DEĞİŞKENLER	SAYI	%
ECZANE SORUMLUSUNUN BİLGİ PUANI		
60 VE ÜZERİ	28	11.5
60'IN ALTINDA	215	88.5
TOPLAM	243	100.0
BİLGİ EDİNME YÖNTEMİ		
MESLEKİ EĞİTİM	179	74.0
İŞYERİNDE ECZACIDAN	43	17.8
ÜRÜN PROSPEKTÜSÜ	15	6.2
SAĞLIK PERSONELİNDEN	1	0.4
DİĞER	4	1.6
TOPLAM	242	100.0
GÖZLEMLERE GÖRE BUZDOLABI DIŞINDA AŞI VE SERUM VARLIĞI		
RAFTA VAR	9	3.8
DİĞER *	3	1.2
HAYIR YOK	228	95.0
TOPLAM	240	100.0
AŞI VE SERUMLARIN GELİŞ ŞEKLİ		
NAKİL KABI İLE	186	77.2
KÖPÜK KOLİ İLE	30	12.4
DİĞER İLAÇLARLA BERABER SICAK ORTAMDA	17	7.1
DİĞER **	8	3.3
TOPLAM	241	100.0
AŞI VE SERUMLARIN SATIŞ ŞEKLİ		
BUZ AKÜSÜ İLE	174	72.2
NORMAL İLAÇ SATAR GİBİ	32	13.3
TERMOS VEYA NAKİL KABI İLE	21	8.7
DİĞER ***	14	5.8
TOPLAM	241	100.0

* 1 Termosta, 1 Çekmecede, 1 Kolide. ** 5 Termosla, 3 Buzlu Torbada. *** 13 Buzlu torbada, 1 Eczanede yapıyor.

Tablo 4.Ankara İli Kent Merkezinde Seçilmiş Eczanelerde Yapılan Soğuk Zincir Gözlemlerinden Elde Edilen Bulguların Dağılımı (Ankara, 1997)

SOĞUK ZİNCİR BULGULARI	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
BUZDOLABI İÇİNDE TERMOMETRE VAR	8	3.3	234	96.7	242	100.0
BUZDOLABI İÇİNDE BUZ AKÜSÜ VAR	189	78.1	53	21.9	242	100.0
AŞI NAKİL KABI VAR	40	16.5	202	83.5	242	100.0
BUZDOLABININ ÖLÇÜLEN ISI DERECESE +2- +8	154	63.4	89	36.6	243	100.0
ISI TAKIP ÇİZELGESİ VAR	2	0.8	240	99.2	242	100.0
BUZDOLABI GÜNEŞ GÖRÜYOR	4	1.7	238	98.3	242	100.0
BUZDOLABI YANINDA ISI KAYNAĞI VAR	11	4.5	231	91.5	242	100.0
SEBZELİKTE SU ŞİSESİ VAR	76	31.4	166	68.6	242	100.0
BUZDOLABINDA YİYECEK MADDESİ VAR	78	32.2	164	67.8	242	100.0
AŞILARIN YERLEŞTİRİL-MESİ UYGUN	146	64.3	81	35.7	227	100.0
SOĞUK ZİNCİR ŞARTLARINA UYGUN	102	43.2	134	56.8	236	100.0

Tablo 5.Ankara İli Kent Merkezinde Seçilmiş Eczanelerin, Bazı Değişkenlere Göre Soğuk Soğuk Zincir Kurallarına Uygunluk Durumu (Ankara, 1997)

DEĞİŞKENLER	SOĞUK ZİNCİR KURALARINA UYGUN		SOĞUK ZİNCİR KURALARINA UYGUN DEĞİL		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%*
YÜRÜME MESAFESİNDE SAĞLIK KURULUŞU						
VAR	99	46.0	116	54.0	215	91.1
YOK	3	14.3	18	85.7	21	8.9
TOPLAM	102	43.2	134	56.8	236	100
$x^2 = 6.62$ $P < 0.05$						
YÜRÜME MESAFESİNDEKİ SAĞLIK KURULUŞU TİPİ						
YATAKLI TEDAVİ KURUMU	57	55.9	45	44.1	102	47.4
DİĞER	42	37.1	71	62.9	113	52.6
TOPLAM	99	46.0	116	54.0	215	100.0
$x^2 = 7.56$ $P < 0.05$						
ÖĞRENİM DURUMU VE ECZANEDE ÇALIŞMA SÜRESİ						
ECZACI	89	47.6	98	52.4	187	79.2
DİĞER	13	28.2	36	71.8	49	20.8
$x^2 = 7.02$ $P < 0.05$						
YÜKSEK OKUL MEZUNU	92	47.7	101	52.3	193	81.8
DİĞER	10	23.2	33	76.8	43	18.2
$x^2 = 7.02$ $P < 0.05$						
5 YILDAN UZUN BİR SÜREDİR ÇALIŞIYOR	63	50.0	63	50.0	126	53.4
5 YIL VE DAHA AZ SÜREDİR ÇALIŞIYOR	39	35.5	71	64.5	43	18.2
$x^2 = 7.02$ $P < 0.05$						
BİLGİ PUANI						
60 VE ÜZERİ	20	71.4	8	28.6	28	11.9
59 VE DAHA AZ	82	39.4	126	60.6	208	88.1
TOPLAM	102	43.2	134	56.8	236	100
$x^2 = 9.04$ $P < 0.05$						
BUZDOLABININ İÇİNDEKİLER						
BUZLUKTA BUZ AKÜSÜ VAR	95	51.6	89	48.4	184	78.0
BUZLUKTA BUZ AKÜSÜ YOK	7	13.5	45	86.5	52	22.0
$x^2 = 22.54$ $P < 0.05$						
SEBZELİKTE SU ŞİSESİ VAR	41	56.9	31	43.1	72	30.5
SEBZELİKTE SU ŞİSESİ YOK	61	37.2	103	62.8	164	69.5
$x^2 = 7.95$ $P < 0.05$						
BUZDOLABINDA YİYECEK MADDESİ VAR	18	23.4	59	76.6	77	32.6
BUZDOLABINDA YİYECEK MADDESİ YOK	84	52.8	75	47.2	159	67.4
$x^2 = 7.95$ $P < 0.05$						
TOPLAM	102	43.2	134	56.8	236	100.0

* Kolon yüzdesi; diğerleri sıra yüzdelileridir.

Tablo 6. Ankara İli Kent Merkezinde Seçilmiş Eczanelerdeki Sorumlu Kişinin Soğuk Zincir Konusundaki Bilgi Düzeyine Göre Soğuk Zincir Kurallarına Uygunluk Durumu (Ankara 1997)

		SOĞUK ZİNCİR KURALLARINA UYGUN		SOĞUK ZİNCİR KURALLARINA UYGUN DEĞİL	
		Sayı	%	Sayı	%
SOĞUK ZİNCİR MALZEMELERİ BİLGİSİ	TAM BİLİYOR	11	55.0	9	45.0
	YETERLİ	71	56.8	54	43.2
	HİÇ BİLMİYOR	20	22.0	71	78.0
		$\chi^2 = 7.02$		$P < 0.05$	
BUZDOLABINA KONMASI GEREKENLER	TAM BİLİYOR	52	53.1	46	46.9
	YETERLİ	33	42.3	45	57.7
	HİÇ BİLMİYOR	17	28.3	43	71.7
		$\chi^2 = 9.31$		$P < 0.05$	
BUZDOLABI ISI DERECE Sİ	TAM BİLİYOR	51	56.7	39	43.3
	YETERLİ	19	42.2	26	57.8
	HİÇ BİLMİYOR	32	31.7	69	68.3
		$\chi^2 = 12.13$		$P < 0.05$	
AŞILARIN BUZDOLABINA YERLEŞTİRİLMESİ	TAM BİLİYOR	10	90.9	1	9.1
	YETERLİ	13	50.0	13	50.0
	HİÇ BİLMİYOR	79	39.7	120	60.3
		$\chi^2 = 11.69$		$P < 0.05$	
ELEKTRİK KESİNTİSİNDE YAPILACAKLAR	TAM BİLİYOR	12	70.6	5	29.4
	YETERLİ	27	50.9	26	49.1
	HİÇ BİLMİYOR	63	38.0	103	62.0
		$\chi^2 = 7.02$		$P < 0.05$	
SATIŞ SIRASINDA YAPILACAKLAR	TAM BİLİYOR	16	59.3	11	40.7
	YETERLİ	39	50.0	39	50.0
	HİÇ BİLMİYOR	47	35.9	84	64.1
		$\chi^2 = 7.02$		$P < 0.05$	

KAYNAKLAR

- Bertan M., Akın, L. Bağışıklama, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: M. Bertan, Güler Ç.: Güneş Kitapevi. Ankara, 1995.
- Soğuk Zincirin Sevki ve İdaresi. Aydoğdu Ofset. Ankara, 1994.
- Eren N. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. 4. Bası, Neyir Matbaası. Ankara, 1989.
- Öztek Z., Eren, N. Bağışıklama, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: M. Bertan, Güler, Ç.: Güneş Kitapevi. Ankara, 1995.
- Hizmete İşlerlik Kazandırılması. Aydoğdu Ofset. Ankara, 1994.
- Report Of The Expanded Programme On Immunization Global Advisory Group Meeting. 12'th Meeting, 16-20 October 1989, Tokyo-Japan. Who/Epi/Gen/90.1.
- A., Nizar. Vaccination. Pasteur Merieux, 58, avenue Leclere. Lyon-France.
- Akçakaya N., Yıldırım I., Kanra G., Öneş İ. Aşı ve Aşılamada Yenilikler., İstanbul, 1995.
- Bulut A., Gökçay G., Neyzi O., Uzel N., Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1994.
- Görak G., Savaşer S. Epidemiyolojiye Giriş ve İnfeksiyon Hastalıkları. Açık Öğretim Fak. yayın No:261. Etam A.Ş.: Eskişehir, 1992.
- Yurdakök K. Aşı Uygulamalarında Pratik Bilgiler. Katkı Pediatri Dergisi.1-2: 21-25, 1994.
- Türk Eczacıları Birliği "Biyolojik Ürünler Üretim, Dağıtım ve Depolama Kuralları Yönetmeliği" Taslağı.
- Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/1. Ankara, 1992.

**EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNE BAŞVURAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN
SİGARAYA ATFEDİLEN HASTANE MALİYETLERİ**

Dr. Ş.T. GÜRSOY, Dr. M. TÜRK, Prof. Dr. F. SAÇAKLIOĞLU, Doç. Dr. A.O. KARABABA

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amaç akciğer kanserli olguların sigaraya atfedilen doğrudan maliyetlerinin bir bölümü olan yatak, tetkik, radyoterapi, küçük müdahale bedellerinin saptanmasıdır.

Gereç-Yöntem: Ekim 1996-Eylül 1997 arasında Ege Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran toplam 378 hastanın protokol numaraları alınarak, 240 tanesinin döner sermaye kayıtlarından masraf listelerine ulaşılmıştır. Buradan toplam yatak, tetkik, radyoterapi, küçük müdahale maliyetleri Amerikan Dolarına çevrilerek güncelleştirilmiş ve hesaplanmıştır. Veriler SPSS 6.0 programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların yaş ortalaması 60±9.5, en genci 35 yaşında, en yaşlısı 84 yaşındadır. Akciğer kanserli hastaların %94.6'sı erkek, %5.4'ü kadındır. Başvuran akciğer kanserli hastaların %73.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %26.7'sinin ücretli hasta olduğu belirlenmiştir. Hastane maliyetleri 25 \$ - 4.744 \$ arasında değişmektedir. Ortalama maliyet ise 1089, 36 \$'dır.

Sonuç: Yapılan hesaplamalara göre önümüzdeki yıl Türkiye'de 25.270 kanser olgusu görülecek, bunların 20.216'sından da sigara sorumlu olacaktır. Buna göre hastane masrafları 25.249.384\$ dolar tutacaktır. Sigaraya bağlı maliyet ise 20.199.507 \$ olacaktır. Bu çalışmada hesaplanan sigaraya atfedilen maliyetler akciğer kanseri nedeniyle oluşan doğrudan maliyetlerinin sadece bir bölümüdür.

SUMMARY

Objective: The objective of this study is to calculate a part of direct costs; (namely bed, investigations, small surgical procedures) of lung cancer cases attributed to smoking.

Material-Method: 240 out of 378 Lung cancer cases who has applied between October 1996 and September 1997 have been included in this study. Using the case protocol numbers cost registries have been surveyed. The costs of bed, investigations, small surgical procedures have been collected and converted to US Dollar according to the relevant currency of the application date. Data analysis has been done in SPSS 6.0.

Findings: The mean age of the lung cancer cases was 60±9.5, the youngest was 35 and the oldest was 84 year of age. 94.6% of the lung cancer cases was male where 5.4% was female. 73.3% of the cases had social insurance coverage where 26.7% of the cases were classified as pocket payment.

Calculated hospital costs were between 25 \$ - 4.744 \$. The mean cost was 1.089.36 \$.

Result: According to the projections next year, there will be 25.270 lung cancer cases. 20.216 of them will be attributed to smoking. Total hospital cost will be 25.249.384 \$. Total hospital costs attributed smoking will be 20.199.507 \$. The costs attributed smoking calculated in this study is only a part of the direct costs of lung cancer cases.

Giriş: Teknolojinin gelişmesi, bu gelişmelerin tıbbi yansıması sonucunda tanı ve tedavi olanaklarının artmasıyla sağlık hizmetlerinin maliyeti konusu tartışılmaya başlanmıştır. Özellikle kaynakların yetersizliği sağlık politikalarında da giderek paraya odaklanmaya neden olmaktadır. Sağlık politikalarının amacı eldeki kaynakları kullanarak sağlık hizmetlerinin öncelikle eşitlikçi dağılımını ve verimliliğini sağlayarak halkın sağlık kazanımlarını en üst düzeye çıkartabilmek ve kaynakların gerçek gereksinimlere yönlendirilebilmesini sağlamaktır. Sağlıkla ilgili ekonomik çalışmalarda da sağlık hizmetlerinin maliyeti ve getirdikleri karşılaştırılmaktadır. Pek çok değerlendirme, alternatif teknolojilerin maliyetleri ile bu teknolojinin yaşam kalitesini artırma ve yaşamı uzatması arasındaki ilişkiye dayanır. Sağlık politikaları oluşturulurken maliyet analizlerinden yararlanmak gereklidir.

30 yılı aşkın süredir sağlıkta maliyet analizleri yapılmaktadır. Herhangi bir hastalığın maliyetinin hesaplanmasında 3 değişik maliyet gözetilmek zorundadır (1).

Bunlar:

1. Doğrudan maliyetler: Hastalığa bağlı yapılan harcamalar bu kapsamdadır.

*Personel giderleri (hekim, diğer sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi, maaşları)

*Çeşitli donanım giderleri (hastane giderleri, amortismanlar, sarf malzemesi giderleri, tedavi, ve ilaç giderleri)

*Cepten harcamalar

2. Dolaylı maliyetler: Hastalık nedeniyle kaybedilenler dolaylı maliyetler başlığı altında toplanır.

*Sağlık durumundaki değişiklikler (yaşam yılı kayıpları)

*İretkenlikte değişiklikler (iş günü kayıpları)

3. Dışsal maliyetler: Dışsalıklar, bir ekonomik etkinliğin bir başka ekonomik etkinliği ya da kişileri etkilediğinde söz konusudur. Sağlık ve eğitim dışsalıkları en zengin harcama kalemleridir. Ne yazık ki dışsal maliyetleri ölçmenin yöntemi de bulunmamıştır. Bu yönüyle de sağlıkta gerçek maliyetlerin hesaplanması, diğer sektörlerden çok daha zor, hatta olanaksızdır.

Bir hastalığın gerçek maliyeti hesaplanacaksa bu 3 tür maliyet te hesaba katılmalıdır. Ancak maliyetlerin paraya dökülmesinde zorluklar kaçınılmazdır. Doğrudan ve dolaylı maliyetleri hesaplamak olası ve görece olarak daha kolaydır. Belki de bu yüzden ekonomistler maliyet hesaplamalarında doğrudan ve dolaylı maliyetleri kullanmaktadırlar (2).

Akciğer kanserli bir hastanın hastane, hekim, ilaç, tedavi, rehabilitasyon giderleri, sağlıklı yaşam yılı kayıpları, iş günü kayıpları hesaplanabilir. Ancak o hastanın ve ailesinin çektiğinin rakamlarla anlatımı olanaksızdır. Bir de bu rakamlarla anlatılmayacak kadar yüksek maliyetlerin oluşmasına aktif ve pasif içici olarak katkıda bulunuluyorsa, sigara içmenin nelere mal olduğu ortadadır.

Amaç: Bu çalışmada amaç akciğer kanserli olguların sigaraya atfedilen doğrudan maliyetlerinin bir bölümü olan yatak, tetkik, radyoterapi, küçük müdahale bedellerinin saptanmasıdır.

Gereç-Yöntem: Ekim 1996-Eylül 1997 arasında Ege Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran toplam 378 hastanın protokol numaraları alınarak, 240 tanesinin döner sermaye kayıtlarından masraf listelerine ulaşılmıştır. Masraf listeleri TC Merkez Bankası'nın aylık ortalama döviz kurları üzerinden güncelleştirilmiştir. Buradan toplam yatak, tetkik, radyoterapi, küçük müdahale maliyetleri hesaplanmış, cinsiyet, yaş, sosyal güvence, medeni durum, yıllık başvuru sayısı, yıllık yatış gün sayısı SPSS 6.0 programına girilerek değerlendirilmeler yapılmış, ortalama maliyetler hesaplanmıştır.

Akciğer kanserinde olguların %80-90'ı sigaraya atfedildiğinden (3), maliyetlerin de %80-90'ı sigaraya atfedilerek, sigaranın akciğer kanserine neden olarak oluşturduğu maliyetler çıkarılmıştır. Akciğer kanseri insidansından (4) yola çıkılarak projeksiyon yapılmış, Türkiye genelindeki olguların olası toplam maliyetleri hesaplanarak, sigaraya atfedilen kısmı bulunmuştur. Projeksiyonlar için da erkeklerde yüzbinde 62, kadınlarda yüzbinde 13 olan Güney Avrupa akciğer kanser insidansı temel alınmıştır (4).

Bulgular: Akciğer kanserli hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Akciğer kanserli hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Hasta		
Yaş grupları	Sayı	%
35-44	13	5.4
45-54	57	23.8
55-64	84	35.0
65-74	73	30.4
75-84	12	5.0
Toplam	240	100

Çalışma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların yaş ortalaması 60±9.5, en genci 35 yaşında, en yaşlısı 84 yaşındadır.

Akciğer kanserli hastaların 227'si (%94.6) erkek, 13'ü (%5.4) kadın olup, medeni durumlarına göre 26'sı (%94.2) evli, 12'si (%5) dul, 2'si (%0.8) bekar olarak saptanmıştır.

Başvuran akciğer kanserli hastaların 176'sinin (%73.3) sosyal güvencesinin olduğu, 64'ünün (%26.7) ücretli hasta olduğu belirlenmiştir.

Akciğer kanserli hastaların başvuru sayılarına göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Akciğer kanserli hastaların başvuru sayılarına göre dağılımı

Hasta		
Başvuru sayısı	Sayı	%
1-5	111	46.3
6-10	52	21.7
11-15	39	16.3
16-20	23	9.6
> 20	15	6.2
Toplam	240	100.0

Çalışma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların başvuru ortalaması 8.7±7.79 olup, en düşük başvuru bir (%8.3) iken en yüksek başvuru 49 (%0.4) olarak saptanmıştır.

Akciğer kanserli hastaların yatış sürelerine göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Akciğer kanserli hastaların E.Ü.T.F Hastanesinde yatış sürelerine göre dağılımı

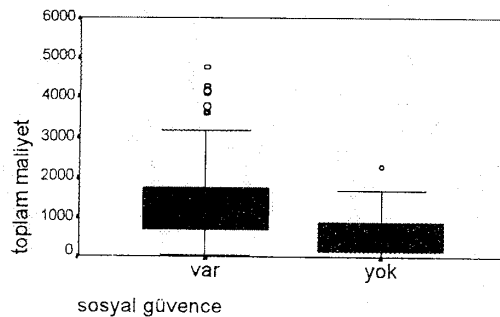
Hasta		
Yatış günü	Sayı	%
0	19	7.9
1-10	62	25.8
11-20	53	22.1
21-30	26	10.8
31-40	38	15.8
> 41	42	17.5
Toplam	240	100.0

Çalışma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların ortalama yatış süresi 23 gün olup en kısa yatış süresi 1 gün, en uzun yatış süresi 120 gün olarak saptanmıştır.

Çalışma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların son bir yıl içindeki en düşük maliyeti 25 \$, en yüksek maliyeti 4.744 \$ ve ortalama maliyeti 1089.36 \$ olarak hesaplanmıştır.

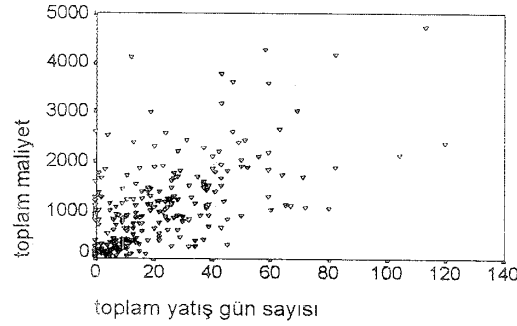
Maliyet ile sosyal güvencenin karşılaştırılması Grafik 1'de gösterilmiştir.

Grafik 1. Maliyet - Sosyal güvence dağılımı



Grafikte görüldüğü gibi sosyal güvencesi olmayanların maliyet ortancası daha düşüktür. Maliyet ile yatış günü arasındaki ilişki Grafik 2'de gösterilmiştir.

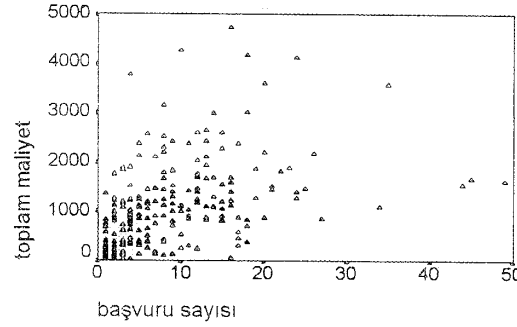
Grafik 2. Maliyet - Yatış günü sayısı



$$r = 0.5858 \quad p = 0.0001$$

Maliyet ile yatış gün sayısı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Maliyet ile başvuru sayısı arasındaki ilişki Grafik 3'te gösterilmiştir.

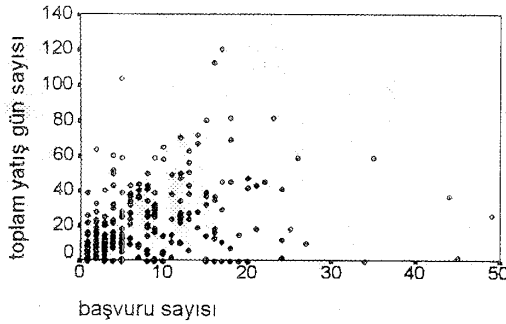
Grafik 3. Maliyet - Başvuru sayısı



$$r = 0.4263 \quad p = 0.0001$$

Toplam maliyet ile başvuru sayısı arasında da pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Yatış gün sayısı ile başvuru sayısı arasındaki ilişki Grafik 4'te gösterilmiştir.

Grafik 4. Yatış gün sayısı - Başvuru sayısı



$$r = 0.2555 \quad p = 0.0001$$

Başvuru sayısı ile yatış gün sayısı arasında zayıf fakat anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Dünya genelinde akciğer kanseri insidansı erkeklerde yüzde 62, kadınlarda yüzde 13'tür. Buradan yola çıkarak, Türkiye için 1990 nüfus sayımından projekte edilen nüfusa göre 1997 yılında beklenen erkek akciğer kanserli olgu sayısı 21.060, kadın akciğer kanserli olgu sayısı 4.210 olarak hesaplanmıştır.

Yukarıda hesaplanan olgu sayısı üzerinden bir yıllık ilaç ve personel giderleri katılmaksızın, olası hastane masrafları erkekler için 21.043.152 \$, kadınlar için 4.206.232 \$ olup; sigaraya atfedilen maliyet, erkekler için 16.834.521 \$, kadınlar için 3.364.986 olarak bulunmuştur.

Yapılan projeksiyon hesabı ile hesaplanan bir yıllık hastane masrafları sorunun ekonomik boyutunu vurgular niteliktedir. Toplam bir yıllık olası hastane giderleri 20 199 507 milyon dolar tutmaktadır.

Tartışma ve Sonuç: Hastane maliyetleri 25 \$ - 4.744 \$ arasında değişmektedir. Ortalama maliyet ise 1089.36 \$'dir. Sosyal güvencesi olan hastaların hastalık maliyetlerinin, güvencesi olmayan hastalarinkinden daha yüksek olması düşündürücüdür. Büyük olasılıkla oldukça yüksek olan maliyetlerin tümü güvencesi olmayanlar tarafından karşılanamamaktadır. Yatış gün sayısı ve başvuru sayısı arttıkça maliyetler artmaktadır. Aynı zamanda başvuru sayısı arttıkça, toplam yatış gün sayısı da artış göstermektedir.

Sigara içmenin risk faktörü olduğu hastalıklar geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Bunların başlıcaları; akciğer kanseri, KOAH, kardiyoovasküler hastalıklar, peptik ülser, ağız, farinks, larinks, ösafagus, mesane, pankreas kanserleridir (5).

Akciğer kanser insidansları bölgelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin; erkeklerde, Doğu Avrupa'da yüzde 59, Kuzey Avrupa'da yüzde 93, Batı Avrupa'da yüzde 87 olan akciğer kanseri insidansı, ülkemizi de dahil edebileceğimiz Güney Avrupa'da yüzde 62'dir. Hesaplamalarda Güney Avrupa insidansları temel alınsa da Türkiye insidansını tam olarak yansıtamayacağı da bir gerçektir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990 yılında sigaraya bağlı 418.000 ölümün %28.7'si akciğer kanseri nedeniyle olmuştur (6). Sigara içenlerde akciğer kanseri olma riski 20 kat daha fazladır.

Bu çalışmada yapılan hesaplamalara göre önümüzdeki yıl Türkiye'de 25.270 kanser olgusu görülecek, bunların 20.216'sından da sigara sorumlu olacaktır. Hastane masrafları 25.249.384 \$ tutacaktır. Sigaraya bağlı maliyet ise 20.199.507 \$ olacaktır. Akciğer kanseri nedeniyle oluşan doğrudan maliyetlerin sadece bir bölümü olan bu maliyetler bile sorunun ekonomik boyutunu gözler önüne sermektedir. Görüldüğü gibi, 100-200 bin lira ödenerek alınan bir paket sigara ölçülebilen kadarıyla bile büyük maliyetlere yol açmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çilingiroğlu N., "Sağlık Ekonomisi" (Ed Bertan M. ve Güler Ç.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler'de, Ankara 1995.
2. Everz S.M.A.A., "Economic Evaluation of Mental Health Care Interventions. A Review". Health Economics 1997;2 (6); 161-177.
3. Aşut Ö., "Hekim ve Sigara". Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 1993.
4. Sherman C.D., "Klinik Onkoloji", Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankara, 1990.
5. Richmond R, "Educating Medical Students About Tobacco: Planning and Implementation", Fransa, 1996.
6. <http://www.gov/nccdphp/osh/medicexp.htm>

S4

**ÇEVRE
SAĞLIĞI**

**ÇEVRESEL ERİONİTE TEMASINA BAĞLI MALİGN MEZOTELYOMA:
STOCKHOLM'DE BİR TÜRK GÖÇMEN KOHORT'UN TAKİBİ**

Dr. Selma METİNTAŞ¹, Dr. Gunnar HILLERDAL², Dr. Muzaffer METİNTAŞ³

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı¹ ve Göğüs Hastalıkları² Anabilim Dalı, Eskişehir
Karolinska Hospital Lung Medicine³, Stockholm, Sweden

ÖZET

Amaç: Karain doğumlu ancak göçmen olarak Stockholm'de yaşayan Türk göçmen grubunu mezotelyoma insidansları yönünden incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif longitudinal bir kohort çalışmada, 1965-1997 yılları arasında Stockholm'de yaşayan 162 Karainli çalışma grubunu oluşturdu. Bu grupta mezotelyoma standart insidans oranı (mSIR) ile direkt standartizasyon yöntemiyle ortalama yıllık mezotelyoma insidans hızı (AAMIRs) hesaplandı.

Bulgular: Toplam 162 kişiden 87'si erkek, 75'i kadın idi. 1965-1997 yılları arasında 18 malign plevral mezotelyoma olgusu saptandı. mSIR erkekler için 264.9, kadınlar için 1992.0 olarak bulundu. AAMIR ise erkekler için yüzde 298.1, kadınlar için yüzde 400.9 idi; bu değerlerin ülkeye oranları ise, sırasıyla 185.2 ve 1145.4 idi.

Sonuç: Yukarıda saptanan değerler şimdiye değin literatürde belirlenen en yüksek değerler olarak gözlendi.

SUMMARY

**MALIGNANT PLEURAL MESOTHELIOMA DUE TO ENVIRONMENTAL ERIONITE EXPOSURE:
THE FOLLOW-UP OF A TURKISH EMIGRANT COHORT IN STOCKHOLM**

Aim: In the present study we aimed to investigate Karain cohort, in which includes turks born in Karain and now living in Stockholm, in respect to mesothelioma incidences.

Materials and Methods: In a retrospective longitudinal cohort study, between 1965-1997, among 162 Karain emigrants we estimated the mesothelioma standardized incidence ratios (mSIRs) and direct standardized average annual mesothelioma incidence rates (AAMIRs).

Results: Of the 162 emigrants, 87 were male, 75 were female. There were 18 malignant pleural mesothelioma cases since 1965 to 1997. mSIR was 264.9 for male and 1992.0 for female. AAMIR was 298.1 per 105 for male and 400.9 per 105 for female and also ratio to state (Sweden) was 185.2 and 1145.4, respectively. The Karain cohort in Stockholm has the highest incidence of any group published so far in the world literature.

Giriş: Malign mezotelyoma, Kapadokya-Nevşehir bölgesindeki üç köyde-Karain, Tuzköy ve Sarıhıdır-en sık saptanan ölüm nedeni olarak belirlenmiştir. Bu üç köyde iç ve dış mekan havasında, doğal olarak, bir fibröz zeolit olan erionite lifleri saptanmış; bu kontaminasyonun malign mezotelyoma nedeni olduğu bugüne değin yapılan çok sayıda uluslararası epidemiyolojik ve deneysel araştırma ile gösterilmiştir (1-6).

Bu üç köyde, esas nedeni ekonomik olmak üzere, göç oranı oldukça yüksektir, erionite temas sorunu öğrenildikten sonra bu oran daha da artmıştır. 1965 yılından bu yana 168 Karain köylü Stockholm'e göç etmiş bulunmaktadır. Bu küçük kohort'ta 1980 ve 1986'da iki çalışma yapılmış, 7 malign mezotelyoma olgusu saptanmış ve erionite teması ile uyumlu bazı radyolojik bulgulara yüksek oranda rastlandığı belirtilmiştir (7, 8).

Bu çalışmada, 32 yıllık bir süreçte Karain kohort'daki mezotelyoma hızları rapor edilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ekim-Kasım 1997 tarihleri boyunca Stockholm'de yürütülmüştür.

Karain kohort: Karain, Ürgüp-Nevşehir'e bağlı bir köydür. Göç vermemiş olsaydı, bugün için 2000 kişilik bir nüfusa sahip olmasının beklendiği bu köyde, 1990 nüfus sayımı bilgisine göre yaklaşık 250 kişi yaşamaktadır. Göçün esas nedeni ekonomiktir. Ancak 1980'li yıllardan sonra yoğun çalışmalar sonucu erionite'nin varlığı ve yol açtığı sorunların anlaşılması ile birlikte göç oranı çok artmış ve bu göçler ülke içinde komşu Nevşehir ve Kayseri illerine, ülke dışında ise daha çok Stockholm-İsveç'e yönelik olmuştur. Stockholm'e göç 1965'de başlamış, bugüne değin Karain doğumlu 168 kişi Stockholm'e gelerek yaşamış, bunların 6'sı ilk yıl dönmüş, geriye kalan 162'si oraya yerleşmiştir. Burada doğanlarla birlikte Karainli sayısı 450'yi bulmuştur. Bu grup oldukça homojen bir yapı oluşturarak yaşamaktadır. Hemen tamamı İsveç kanunları gereği İsveç-Türk Dostluk Derneği adı altında örgütlenmişler; bu dernek tüm nüfusla ilgili, meslek, çalışma hayatı, işsizlik, hastalık, ölüm, evlilik gibi bilgileri tutmaktadır. Çalışmamızda bu dernek yöneticileri ile dernek kayıtları, Stockholm hastane kayıtları ve ölüm kayıtları birlikte değerlendirilmiştir. Elde edilen kanser olguları, ayrıca İsveç Kanser Kayıt Enstitüsü kayıtlarından da test edilmiştir. Takiben ilgili bir anket hazırlanarak yüz yüze görüşme, sistemik muayene ve radyolojik değerlendirme ile bu 162 kişi taranmıştır. Elde edilen bulgular başka çalışmalara da konu olacaktır. Burada sadece insidanslar verilerek tartışılacaktır.

Hesaplamalar: Karain doğumlu ve Stockholm'de ikamet eden, 87 erkek, 75 kadın, toplam 162 Karainli izleme alınmıştır. İsveç'te, 1965-1997 yılları arası ikamet edilen her yıl'kişi-yıl'olarak alınmış, ancak kişinin kohorta girdiği yıl, öldüğü yıl, ve mezotelyoma tanısının konulduğu yıl ise yarım yıl olarak kabul edilmiştir. Her yıl için, kadın ve erkekler için ayrı ayrı beşerli yaş grublarında kişi-yıllar hesaplandı. İsveç Kanser Kayıt Enstitüsü'nden her yıl için elde edilen malign mezotelyoma insidans hızlarıyla kişi-yıl çarpılarak beklenen insidans değerleri elde edildi.

Mezotelyoma standart insidans oranı (mSIR) vakaların beklenen sayısı ile gözlenen sayısının bölünmesi ile elde edildi. Elde edilen oranın %95 güven aralıkları saptandı. Ayrıca 1970 yılı İsveç nüfusu standart nüfus olarak alınıp, direkt standartizasyon yöntemiyle ortalama yıllık mezotelyoma insidans hızları (AAMIRs) hesaplandı.

Bulgular: Çalışmada erkek grubu için toplam 2072.5 kişi-yıl, kadın grubu için ise toplam 1638.5 kişi-yıl değerlendirilmiştir. Yaş, cins ve Karain'de kalış süreleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Çalışma grubunun on'ar yıllık yaş aralıklarına ve cinsiyete göre dağılımı Şekil 1'de dir.

Çalışma grubunun Türkiye'deki iş ve yaşama hayatı köy çevresi ve köy işleri iken, Stockholm'de 17'si kalorifer-bina hizmet işçisi, 66'si hizmetli, 18'i aşçı, 19'u restoran işçisi, 14'ü teknisyen, 17'si tezgahlar, 3'ü öğretmen, 1'i mühendis, 7'si ise ev hanımı olarak çalışmış ya da çalışmakta idi. İki kişide asbest temaslı iş saptandı, ancak her iki kişi de sağlıklı ve sorunsuz idi. Erkeklerin 37 (43 %)si sigara kullanmakta, 11 (13 %)i eski içici idi. Kadınlar arasında sigara içen yoktu.

Toplam 162 kişiden, bugüne değin 18'i ölmüştür. Ölümünün 14'ünün malign plevral mezotelyoma (MPM)'dan kaynaklandığı belirlenmiştir. Ayrıca bir hastada da MPM kuvvetle düşünülmesine karşın bu klinik tanıyı takiben aile hastayı hemen Türkiye'ye getirdiği için kesin bilgi alınamamıştır. Bu 14 MPM ölümünden 3'ü 1980'deki ilk çalışmada (8), 4'ü 1986'daki ikinci çalışmada yayınlanmıştır.

Ondört MPM nedeni ölüm dışında, çalışma sırasında yaşayan 5 malign mezotelyomalı hasta saptanmış, bunların 4'ünün plevral, 1'inin peritoneal olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, 1965-1997 yılları arasında, toplam 162 kişilik grupta 18 MPM, 1 malign peritoneal mezotelyoma olgusu belirlenmiştir.

Toplam 18 MPM'li hastanın 10'u kadın, 8'i erkek, erkek: kadın oranı 0.8'dir. Erkekler için hastalığın ortaya çıktığı ortalama yaş 53 (12.5 yıl (sınır:37-71), kadınlar için 48.0 (11 yıl (sınır:28-67) olarak belirlenmiştir. Bu süreler, aynı zamanda, hastalığın ilk temasdan sonra ortaya çıktığı süre olan "latent dönem" olarak da alınabilir. Hastalığın ortaya çıktığı yaşlar açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Yıllık ortalama insidans hızları (105 nüfus için) Tablo 2'dedir. Hızlar 1970 İsveç nüfusu ile standartize edilmiştir. İsveç için MPM insidansı 1965-1997 ortalama insidans olarak hesaplanmıştır. Dünya insidansı ise 1993 yılı değeri alınmıştır (16). Buna göre, İsveç için beklenen insidans erkeklerde 1.61 (0.54x10⁻⁵, kadınlarda 0.35 (0.12x10⁻⁵ olarak bulundu. Aynı oranlar tüm dünya için sırasıyla 1.3x10⁻⁵ ve 0.35x10⁻⁵ idi.

Takip süremiz olan 1965-1997 yılları arasında, İsveç'de beklenen insidanslara göre, 162 kişilik çalışma grubumuzda erkekler için beklenen MPM olgu sayısı 0.0301, kadınlar için 0.00502'dir (Tablo 3).

Tartışma: Erionite bir doğal fibröz zeolit'dir. Çevresel bir kontaminant olarak volkanik kayaların yapısında bulunabilir. Morfolojik olarak amfibol grubu asbeste benzer fakat hem fiziksel hem de kimyasal yapısı farklıdır. Hezagonal bir kimyasal yapıda olup internal yüzey alanı 200 m²/g'dir: bu değer asbest lifindekinin 20 katıdır; küçük molekülleri absorbe edebilir ve güçlü katalitik etkisi vardır: kuvvetli karsinojenik yetkinliği bu özelliklerine bağlıdır (17).

Doğal erionite kontaminasyonu ile çevresel temasın mezotelyoma'ya yol açtığı son 20 yılda gerçekleştirilen pek çok sayıda epidemiyolojik ve deneysel çalışma ile gösterilmiştir. Özellikle kontaminasyon Kapadokya bölgesinde Ürgüp'e bağlı 3 köyde çok belirgindir ve buralarda, en yüksek Karain'de olmak üzere, ölümlerin en sık saptanan nedeni malign mezotelyoma'dır (2, 15, 18, 19). Bu köylerde evler volkanik kayaların içine açılmış odalarla birlikte inşa edilmişti; insanlar özellikle kış aylarında bu odalarda yaşardı. Bu köylerdeki hem ev içi hem ev dışı ortamda, kayalardaki ile aynı tip erionite lifleri hava örneklerinde ve MPM'li hastaların akciğer örneklerinde de saptanmıştır (2, 20). Yine bu örneklerin hayvan deneylerinde oldukça karsinojenik ve genotoksik etkileri olduğu da saptanmıştır (1, 3-6, 21). Yakın tarihli bir çalışmada, Karain köyündeki 305 ölümün %49.2'sinin MPM'den kaynaklandığı bildirilmektedir (1).

Bu çalışmada biz yıllık ortalama insidans hızını, literatürde şimdiye değin belirlenen en yüksek değerler olarak bulduk (erkekler için yüzde 298.1, kadınlar için yüzde 400.9) bu değerlerin İsveç yıllık ortalama insidans hızlarına oranı sırasıyla 135.5 ve 1336.3 idi. Bu değerler iş yeri asbest temaslı kişilerdeki değerlere benzemekte hatta daha yüksek görünmektedir. Aşağı Normandiya'da asbest temaslı işçilerde 88x10⁻⁵, aynı bölgede çok yoğun asbest temas ortamının olduğu tekstil ve ısı-sürtünme iş kolunda 122.4x10⁻⁵ olarak bulunmuştur (22). ABD'den gelen bir çalışmada, ülkenin en önemli asbet üretim sahası Manville'de, 106 nüfus için bu oranlar erkeklerde 636.5, kadınlarda 95.9 olarak saptanmıştır (11). Asbest üretiminin çok yoğun olduğu Avustralya'da da genel insidans milyonda 30 olarak rapor edilmiştir (23). Esasen tüm dünyada genel popülasyon için hesaplanan insidans değeri milyonda 1'dir (24).

Bu çalışmada 162 Karain doğumlu ve doğumdan itibaren bir süre erionite temaslı göçmen 32 yıl için takip edilmiş ve toplam 18 ölümün nedeni MPM olarak saptanmıştır. MPM nedeni ölümlerin tüm ölümlere oranı %78'dir. En yoğun asbest temaslı iş yeri ortamlarındaki işçilerin çok iyi takip edildikleri serilerde MPM ölüm nedeni olarak %10'u geçmemektedir (25, 26). Örneğin crocidolite madeni işçilerinin takibinde MPM ölüm nedeni olarak %3.9 oranı kaplamıştır (27). İtalya'nın belli başlı asbest üretim alanı olan Cassala Manfredo'da asbest temaslı işçilerde 1907-1985 yılları arasında 864 ölümün 43'ünün MPM'den olduğu belirlenmiş; bu bölgede meslek dışı temaslılarda MPM insidansının 11.4-7.3x10⁻⁵ olarak saptandığı bildirilmiştir (28). Karain köyünde ise MPM ölümlerinin tüm ölümlere oranı %49.2 olarak bildirilmektedir (1). Bu yayında belirtilen değer ile bizim saptadığımız arasında belirgin bir fark vardır: kanaatimize göre bu farkın iki nedeni olabilir: Birincisi bizim çalışma grubumuz belli bir yaş üstü kişileri kapsıyordu. İkincisi köyden alınan ölüm nedenlerinin çoğu hasta yakını veya muhtar tarafından gelmektedir, halbuki bizim serimizde tüm hastalar hastane kayıtlı, histopatolojik hücresel alt tipine kadar tanısı kesinleşmiş ve üstelik tamamı tedavi çabası içine alınmış hastalardır. Kayıtlar İsveç sisteminden alındı.

Çalışmamızda erkek:kadın oranını 0.8 olarak belirledik. Bu oran tüm çevresel asbest veya erionite temaslı serilerdeki özelliği yansıtmaktadır. İş yeri serilerinde bu oran genellikle 3-12.1 olarak rapor edilmektedir (11, 29, 30). Çünkü işyerlerinde esasen erkekler temaslı, kadınlar ise onların elbise veya saçlarında eve getirdikleri tozlar nedeni ile temaslıdır. Halbuki köy ortamında temas her iki cins için de neredeyse eşit risk getirmekte, hatta süpürme ve badana işini daha çok kadınların yapması nedeni ile belki de kadınlar daha fazla risk almaktadır.

Serimizde saptanan MPM hastalarının ortalama yaşı erkeklerde 53.3 (12.5 yıl, kadınlarda ise 48 (11.0 yıl olarak saptandı. İş yeri asbest temaslı serilerde hastalığın ortaya çıktığı yaş genellikle 60-65 yıl civarında rapor edilmektedir (22, 29, 30). Bizim serimizde ortalama yaşın daha küçük olması, muhtemelen temasın doğumla başlamasına bağlı olabilir. İş yerlerinde işçilik hayatı genellikle 15-25 yaşları civarında başladığından temas da bu yaşlarda başlamaktadır.

Tablo 1. Çalışma grubunun yaş, cins ve erionite temas özellikleri

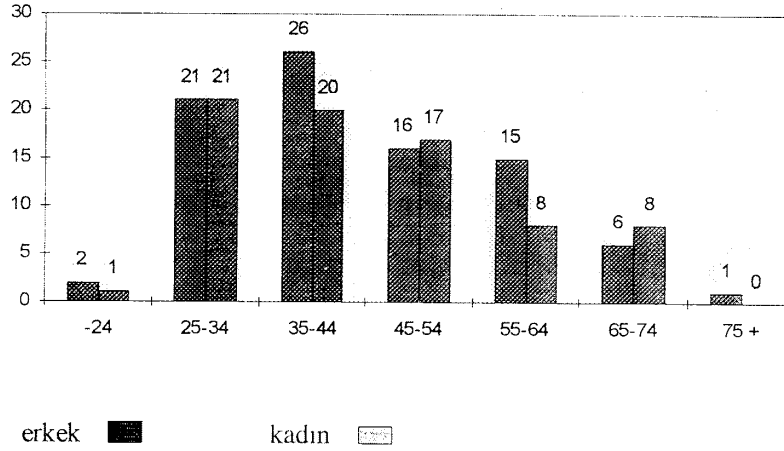
	n =	162
Erkek		87 (54 %)
Kadın		75 (46 %)
Erkekler için ortalama yaş sınır		44,5 ±12,5 yıl (23 - 77)
Kadınlar için ortalama yaş sınır		44,3±12,9 yıl (24 - 74)
Erkekler için Karain' de ortalama yaşama süresi sınır		20,8±10,6 yıl (1 - 60)
Kadınlar için Karain' de ortalama yaşama süresi sınır		21,4±13,3 yıl (1 - 58)

Tablo 2. Çalışma grubumuzda her 10⁵ nüfusa göre AAMIR değerleri

	Olgu	AAMIR	Ülkeye oranı (İSVEÇ)	Dünya' ya oranı
Erkek	8	298.1	185.2	229.3
Kadın	10	400.9	1145.4	2004.5

Tablo 3. Çalışma grubumuz için beklenen ve gözlenen MPM olgu hızları

	Gözlenen	Beklenen	mSIR	CI (95 %)
Erkek	8	0.0301	264.9	132.42 - 529.52
Kadın	10	0.00502	1992.0	1071.90 - 3702.66



Şekil 1. Çalışma grubunun cinsiyete göre on'ar yıllık yaş aralıklarına dağılımı

KAYNAKLAR

1. Barış B., Demir A.U., Şeşu V., Karakoca Y., Kısacık G., Barış Y.I. Environmental fibrous zeolite (erionite) exposure and malignant tumors other than mesothelioma. *J. Environ Pathol Tox Oncol* 1996; 15: 183-189.
2. Barış Y.I., Simonato L., Artvinli M., Pooley F., Skidmore J., Wagner C. Epidemiological and environmental evidence of health effects of exposure to erionite fibers: a four year study in the Cappadocian region in Turkey. *Int. J. Cancer* 1987; 39: 10-17.
3. Poole A., Brown R.C., Turver C.J., Skidmore J.W., Griffiths D.M. In vitro genotoxic activities of fibrous erionite. *Br. J. Cancer* 1983; 47: 607-705.
4. Wagner J., Skidmore J.W., Hill R.J., Griffiths D.M. Erionite exposure and mesothelioma in rats. *Br. J. Cancer* 1985; 51: 727-730.
5. Özesmi M., Patıroğlu T.E., Hillerdal G., Özesmi C. Peritoneal mesothelioma and malignant lymphoma in mice caused by fibrous zeolite. *Br. J. Ind. Med.* 1985; 42: 746-749.
6. Suzuki Y., Koyama N. Malignant mesothelioma induced by asbestos and zeolite in the mouse peritoneal cavity. *Environ Res* 1984; 35: 277-292.
7. Özesmi M., Hillerdal G., Svane B., Widström O. Prospective clinical and radiological study of zeolite-exposed Turkish immigrants in Sweden. *Respiration* 1990; 57: 325-328.
8. Boman G., Schubert V., Svane B., Westerholm P., Bolinder E., Rohl A.N., Fischbein A. Malignant mesothelioma in Turkish immigrants residing in Sweden. *Scand J. Work Environ Health* 1982; 8: 108-112.
9. Pooley F.D. Evaluation of fiber samples taken from the vicinity of two villages in Turkey. In: Lemen R., Dement J.H. (eds). *Dust and disease*. Park Forest South: Pathox. 1979.
10. Hillerdal G. Pleural plaques and risk for bronchial carcinoma and mesothelioma. a prospective study. *Chest* 1994; 105: 144-150.
11. Berry M. Mesothelioma incidence and community asbestos exposure. *Environ Res* 1997; 75: 34-40.
12. Peto J., Seidman H., Selikoff I.J. Mesothelioma mortality in asbestos workers: implications for models of carcinogenesis and risk assessment. *Br. J. Cancer* 1982; 45: 124-135.
13. Liddell F.D.K. Exposure-response: asbestos and mesothelioma. *Eur Respir Rev* 1993; 3: 98-99.
14. Sluis-Cremer G.K., Liddell F.D.K., Logan W.P.D., Bezuidenhout B.N. The mortality of amphibole miners in South Africa, 1946-80. *Br. J. Ind. Med.* 1992; 49: 566-575.
15. Saracci R., Simonato L., Barış Y.I., Artvinli M., Skidmore J. The age-mortality curve of endemic pleural mesothelioma in Karain, central Turkey. *Br. J. Cancer* 1982; 45: 147-149.
16. Cancer statistics in Swedish. Swedish cancer registration center, 1993.
17. Barış E., Barış Y.I. Environmental exposure to fibrous zeolite in Turkey: an appraisal of the epidemiological and environmental evidence. In: Peters G.A., Peters B.J. (eds). *Asbestos risks and medical advances*. Butterworth Legal Publishers: Slem-New Hampshire. 53-72, 1993.
18. Barış Y.I., Saracci R., Simonato L., Skidmore J.W., Artvinli M. Malignant mesothelioma and radiological chest abnormalities in two villages in central Turkey. *Lancet* 1981; 2: 984-987.
19. Barış Y.I., Şahin A.A., Özesmi M., Kerse İ., Özen E., Kolaçan B., Altınörs M., Göktepe A. An outbreak of pleural mesothelioma and chronic fibrosing pleurisy in the village of Karain/Urgup in Anatolia. *Thorax* 1978; 33: 181-185.
20. Sebastian P., Gaudichet A., Bignon J., Barış Y.I. Zeolite bodies in human lungs from Turkey. *Lan Invest* 1981; 44: 420-425.
21. Maltoni C., Minardi F., Morisi L. Pleural mesotheliomas in Sprague-Dawley rats by erionite: first experimental evidence. *Environ Res* 1982; 238-244.
22. Letourneux M., Galateau F., Legendre C., Laclerc A., Beck A., Launoy G., Raffaelli C., Bazin B. Malignant mesotheliomas diagnosed in Lower Normandy between 1980 and 1990. *Eur Respir Rev* 1993; 3: 87-88.
23. Leigh J., Corvalan C.F., Grimwood A. The incidence of malignant mesothelioma in Australia, 1982-1988. *Am J. Ind. Med.* 1991; 20: 643-655.
24. Bignon J. Overview of current issues with respect to mesothelioma. *Eur Respir Rev.* 1993, 3: 12-17.
25. Roggli V.L., Sanfilippo F., Shelburne J.D. Mesothelioma. In: Roggli V.L., Greenberg S.D., Proff P.C. (eds). *Pathology of asbestos-associated diseases*. Little-Brown: Boston. 09-115, 1992.
26. Antman K.H. Malignant mesothelioma. *N. Eng. J. Med.* 1980; 303: 200-202
27. Armstrong B.K., De Klerk N.H., Musk A.W., Hobbs M.S.T. Mortality in miners and millers of crocidolite in Western Australia. *Br. J. Ind. Med.* 1988; 45: 5-13.
28. Magnani C., Bellis D., Borgo G., Boita M., Ivaldi C., Mollo F., Terracini B. Incidence of mesotheliomas among people environmentally exposed to asbestos. *Eur Respir Rev* 1993; 3: 105-107.
29. Walz R., Koch H.K. Malignant pleural mesothelioma: some aspects of epidemiology, differential diagnosis and prognosis. *Path Res Pract* 1990; 186: 124-134.
30. Rusch V.W. Diagnosis and treatment of pleural mesothelioma. *Semin Surg Oncol* 1990; 6: 279-285.

İÇME SUYU İLE KRONİK NİTRAT ALIMININ TİROİD FONKSİYONLARI ve KİTLESİNE ETKİSİ

*Yrd. Doç. Dr. Cihad DÜNDAR, **Yrd. Doç. Dr. Tarık BAŞOĞLU, ***Dr. Sevgi ESKİOCAK, ***Prof. Dr. Muhlise ALVUR

*Ondokuzmayıs Ünv., Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Ondokuzmayıs Ünv., Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

***Ondokuzmayıs Ünv., Tıp Fakültesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Nitrat ve nitrit; içme suları, sebzeler, işlenmiş et ürünlerinin tüketimi ve ilaç kullanımı gibi çeşitli yollarla insan organizmasına alınmakta ve birçok sağlık probleminin neden olmaktadır. İçme sularında izin verilebilen düzeydeki nitratın tiroid bezinin fonksiyonlarına etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte; nitratın, tiroid bezine iyodun girişini inhibe ettiği bildirilmektedir. Bu çalışmada nitratın, tiroid bezinin iyot tutumu, tiroid hormonları, TSH ve tiroid bezinin ağırlığı ve vücut ağırlığı üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya alınan 50 rat herbiri 10 ratdan oluşan 5 gruba ayrıldı. I. gruba (kontrol grubu) nitratsız su verilirken, diğer gruplara sırasıyla 50, 100, 250 ve 500 mg/L NO₃⁻ içeren içme suyu verildi. 30 haftalık izleme süresinin sonunda, tiroid bezlerinin iyot tutulumunu saptamak için, her bir rata vücut ağırlığının gramı başına ortalama 0.1 µCi radyoaktif ¹³¹I verildi. Radyoaktif maddenin enjeksiyonunu takiben 24. saatte ponksiyonla intrakardiyak kan örnekleri alındı ve TT₃, ST₃, TT₄, ST₄ ve TSH değerleri ile tiroid ağırlıkları ölçüldü.

Bulgular: Kontrol grubuna oranla, nitrat verilen ratların tiroidinde tutulan iyot miktarının arttığı, tiroid hormonları ve TSH değerlerinde azalma oluştuğu; tiroid ağırlıklarının arttığı, ancak vücut ağırlıklarının değişmediği tespit edildi.

Sonuç: İçme suları ile alınan yüksek nitratın, tiroid fonksiyonları üzerine olumsuz etkileri vardır. İçme suyu standartları belirleirken; nitrat seviyesinin, tiroid fonksiyonlarına olan bu etkilerinin göz önünde tutularak belirlenmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

SUMMARY

THE EFFECT OF CHRONIC NITRATE INTAKE BY DRINKING WATER ON THYROID FUNCTIONS AND MASS

Purpose: Nitrate and nitrite are taken by drinking water, vegetables, enrichment meat products and drugs into human organism and cause many health problems. Although the effect of permitted level of nitrate in drinking water on thyroid gland functions not well known, it has been reported that nitrate inhibits iodine uptake of thyroid. The purpose of this study was to determine the effects of nitrate on iodine uptake by thyroid gland, thyroid hormones, TSH, thyroid weight and body weight.

Material-Method: Fifty rats taken for this study were divided into 5 groups of 10 rats each. Drinking water without nitrate was given to the first group (control group) and drinking water containing 50, 100, 250 and 500 mg/L were given to other groups, respectively. At the end of a 30 weeks follow-up period, 0.1 µCi radioactive ¹³¹I was given to each rat per gram of body weight to determine the amount of iodine uptake of thyroid. Intracardiac blood samples were taken by puncture to measure the TT₃, FT₃, TT₄, FT₄, TSH serum levels at 24th hour after the radioactive substrate injection, thyroid weight was also measured.

Findings: In comparison with the control group; it was observed that thyroid hormones and TSH levels had been decreased, thyroid weight had been increased, but body weight hadn't been changed in rats given nitrate.

Result: The high level of nitrate taken by drinking water has some negative effects on thyroid functions. The level of nitrate should be taken in care while determining the standarts of drinking water because of these effects on thyroid.

Giriş ve Amaç: Nitrat ve nitritler; doğal olarak toprakta, suda, bitkilerde ve ette bulunmaktadır (1, 2). Çağımızda; endüstriyel gelişme ve fazla miktarda gübre kullanımı nedeniyle bu doğal kaynakların nitrat ve nitrit içerikleri, giderek artmaktadır (3, 4). Nitrat ve nitrit; içme suları, sebzeler, işlenmiş et ürünlerinin tüketimi ve ilaç kullanımı gibi çeşitli yollarla insan organizmasına alınmakta ve methemoglobinemi, abortus, fetal anoksi, kanser oluşumu, tiroid bezinin fonksiyon bozukluğu, büyüme ve gelişme bozukluğu, davranış ve öğrenme gelişiminde bozukluk, vitamin A metabolizmasında değişiklikler, insüline bağımlı diyabetes mellitus (IDDM), Non-Hodgkin Lenfoma ve santral sinir sistemi defekleri gibi birçok olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır (5, 6).

İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, İspanya, Danimarka, Hollanda, Macaristan ve Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarda özellikle kırsal kesimlerde içme suyu olarak kullanılan su kaynaklarında çok yüksek nitrat seviyeleri tespit edildiği bildirilmiştir (7-11). İçme sularında nitrat ve nitrit bulunması kirliliğin bir göstergesi olup; nitratın belli sınırlar içinde bulunmasına izin verilebilirken nitritin bulunmasına ise kesinlikle izin verilmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) içme sularındaki nitrat azotu seviyesinin 10 mg/L, nitratın da 45 mg/L altında olmasını önerirken; Avrupa Konseyi 25 mg/L ve altında olmasını önermekte, ancak 100 mg/L'ye kadar izin verebileceğini bildirmekte; Avrupa Ekonomik Topluluğu (EEC) da içme sularındaki nitrat içeriğinin 25 mg/L'den bile düşük olmasını önermektedir (12-13). Ülkemizde ise Türk Standartları Enstitüsü (TSE) içme sularındaki nitrat konsantrasyonunu 45 mg/L ile sınırlamaktadır (14).

Dünyadaki ve ülkemizdeki çeşitli kurumların uygulamaya sundukları içme suyu standartlarındaki nitrat sınırı; bu maddenin methemoglobinemi oluşturma riski göz önüne alınarak, methemoglobinemi oluşturan en küçük efektif doza göre belirlenmiştir. İçme sularında izin verilebilen düzeydeki nitratın tiroid bezinin fonksiyonlarına etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte; nitratın, tiroid bezine iyodun girişini inhibe ettiği ve özellikle bu inhibisyonu iyot ile yarışmaya girerek yaptığı bildirilmektedir (15). Bugüne kadar yapılan birçok araştırmada, nitratın tiroid bezinin iyot tutumu ve oluşturduğu inhibisyonun tiroid fonksiyonlarına etkisi üzerinde durulmuştur (16-20). Bu çalışmada içme sularında izin verilebilen düzeydeki ve daha yüksek konsantrasyonlardaki nitratın, tiroid bezinin iyot tutumu, Total T₃ (TT₃), Total T₄ (TT₄), Serbest T₃ (ST₃), Serbest T₄ (ST₄), TSH ve tiroid bezinin kitlesi üzerine olan etkilerinin değer-

lenirilmesi ve içme sularında bulunan nitrat miktarını bu açıdan da incelenmesi amaçlanmıştır.

Genel ve Yöntem: Ortaokulmaya Üniversitesi Tıp ve Cerrahi Araştırma Tıp Merkezi'nde standart diyet ile beslenen, sağlıklı, 3 ayık, 50 kilo beyaz Wistar ratı (Zarba) üretilen 5 ayrı çalışma grubuna bölünen ratları içme sularına değişik konsantrasyonlarda sodyum nitrat katılarak, 30 haftalık bir süre içinde standart beslenme ve bakım koşulları sürdürülerek izlendi. Bu izleme süresinde kontrol grubuna (Grup I) nitratsız, çalışma gruplarını oluşturan II, III, IV ve V grupları 100 mg/L, IV, V grupları 200 mg/L ve V, VI grupları 500 mg/L NO⁻ içeren içme suyu verildi. Sık nitrat çözeltileri her hafta yapılarak hazırlandı. Kontrol grubuna nitratsız su verildiğinden; deney gruplarına uygulanacak olan nitrat miktarı çözeltiden ve içme suyunun hazırlanmasında da nitratsız su kullanıldı.

30 haftalık izleme süresinin sonunda, tiroid bezlerinin iyot tutulumunu saptamak için, sodyum iyodür (NaI), şeklinde radyoaktif ¹²⁵I den yararlanıldı. Ratların tiroid egjitörleri başlıca her bir ratla iyodür egliliğinin gram başına ortalama 0.1 µCi radyoaktif ¹²⁵I iydür, iyot tutulum ölçümleri için rutinde kullanılan iyot tutulum cihazının probu ratların boyun ve diz bölgelerine göre çok büyük olduğundan, ratların tiroid bezlerinin iyot tutulum ölçümlerinin doğru olarak ölçülmesi için, sodyum iyodürün gamma sayacında sayılarak yapılması planlandı. Ratlarda tiroid bezlerinin iyot tutulumunun saptanması için, boyun bölgesinden ölçümlerin yapılacağı bir çalışmada; hayvanın sadece boyun bölgesinin ölçümünü yapabilmek için küçük bir ordu kullanmak gerekmektedir. Bu in tutulum cihazında bulunan probun çapı 5 cm olduğundan, bu cihazlarla ratların boyun bölgesini ölçümünü yapmak mümkün değildir. Araştırmada, tiroid bezlerinin radyoaktif ölçümleri tiroid cerrahi yöntemi gerektirilen total ablastorundan sonra, direkt olarak RIA tüpü içerisinde gamma sayacına yerleştirilmesi ve saptanan her ölçümde bir ölçülmesi yapılmasından ötürü, çalışılan ortamın zemin aktivitesinden etkilenmemes sağlandı. Böylece boyun bölgesinde bulunan diğer dokuların göstereceği radyoaktif iyot tutulumu dertaraf edilerek, tiroid bezinin sadece kendine ait olan radyoaktif iyot tutulumu ölçülmeye çalışıldı.

Radyoaktif madde ile dozu enjektörlerin sayım aktiviteleri, gamma sayacı ile saptandı, sayım zamanları kaydedildi ve işaretlendi. Ksitol ile ratların kuyruklarının anestezikasyonu ve ven dilatasyonu sağlandıktan sonra, radyoaktif madde küçük venlerine enjekte edildi ve enjeksiyon zamanları kaydedildi. Hayvanlar boya ile işaretlendi. Enjeksiyon sonrasında, boz enjektörler gamma ve kuyu sayacılarında sayılarak enjektörlerde bulunan radyoaktif miktarları saptandı ve sayım zamanları kaydedildi. Radyoaktifite ölçümleri ICN marka, 521227 seri num. gamma sayacı ile yapıldı.

Radyoaktif maddenin enjektörlerin ve her 20. saatte, işaretlenmiş olan hayvanlar eter anestezisi ile bayıltıldıktan sonra, panksiyonla intrakardiyak kan örnekleri alındı ve etiketlendi. Göğüs boşluklarına hava enjekte edildi, pnömotoraks oluşturularak ratlar öldürüldü. Ratların çıkartılan tiroidler hassas aletlerle tartılarak, yaş dozu, ağırlıkları tespit edildi.ktan sonra tüpler içerisine alınarak etiketlendi. Boyun bölgesinden, akciğer dokuları tiroid dokuları gibi çıkarılarak tespit için ayrıca histolojik inceleme yapıldı. Tiroid bezlerindeki iyot aktivitesi gamma sayacında sayıldı.

Kan örnekleri soğuk ortamda, 2000 rpm'de, 10 dakika santrifüj edildi. ayrılan serumlar total T₄ (TT₄), total T₃ (TT₃), serbest T₄ (ST₄), serbest T₃ (ST₃) ve TSH analizleri yapmak üzere analiz zamanına çok derin dondurulduca-20°C'de saklandı. Hormon analizleri için Diagnostic Products Corporation marka, radioimmuno assay (RIA) ve immunoradyometrik assay (IRMA) kiti kullandı.

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS for Windows (Version 5.0) ve Microsoft Excel (Version 7.0) paket programları kullanılarak Mann Whitney U ve korelasyon-regresyon analizleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular ve Tartışma:

İçme Sularındaki Nitrat Düzeylerinin Ratların İyot Tutulumu ile İlişkisi: Gamma sayacıyla değerlendirilmesinde; tiroid bezlerinin iyot tutulumu bulguları Tablo I'de sunulmuştur. II ve III gruplarda, kontrollerle göre anlamlı bir fark gözlenemezken, IV ve V gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, $p < 0.01$). İyot tutulumu tiroid bezi kitlesinin miligramı başına ifade edildiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Korelasyon-regresyon analizinde tiroid bezlerinin iyot tutulumu ile verilen nitrat dozu ve tiroid bezlerinin kitlesi arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0.51$, $p < 0.001$; $r = 0.41$, $p < 0.01$).

Tiroid bezlerinde iyot tutulumu ile serum TSH düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Keil ve ark. (18) deney hayvanlarına 10g'da 15. gün, Shrivastava ve ark. (17); 10 gün nitrat uygulamasının, tiroidial iyot tutulumunda azalmaya yol açtığını, Bloomfield ve ark. (21); nitrat uygulamasından 7 saat sonra tiroid bezlerinin radyoaktif iyot tutulumunda azalma gözlendiğini bildirmiştir. Aynı zamanda probu yapılan başka bir çalışmada, ratlarda nitratın etkisi ile, erken dönemde tiroid bezinin radyoaktif iyot tutulumunun azaldığını, ancak 2 haftalık nitrat uygulaması sonrasında, bu etkinin ortadan kalktığını; 5 hafta nitrat uygulanan deney gruplarında ise, tiroid bezlerinin radyoaktif iyot tutulumunun arttığını gözlemişler, bu bulgularına dayanarak kronik nitrat uygulamasında inhibisyon etkinin ortadan kalktığını ileri sürmüşlerdir (22).

Çalışmada tiroid bezlerinin ¹²⁵I tutulum bulgularının; nitratın kronik etkileri üzerinde bulunmuş olan Bloomfield (22) ve nitratın doz-dava değişimini inceleyen Lahti (18)'nin çalışmalarındaki iyot tutulum bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Wynncaarten ve ark. (23) da nitrat uygulanan ratlarda kontrollerle göre tiroid bezi homojenizasyonunda iyot miktarının düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada iyot ile yarışmaya girerek, inorganik iyodür tiroid bezine alınmasını inhibe eden bir ajan olan nitratın kronik uygulaması sonucunda, intratiroidal iyot içeriğini azaltmasına yol açmıştır. Oluşturulan inhibisyon siddetli uygulanan nitrat miktarına bağlı olacaktır; inratitiroidal iyot miktarında azalma da, mühtemelen uygulanan nitrat dozuna bağlı olarak olacaktır. Yani uygulanan nitrat dozu arttıkça daha siddetli bir iyot eksikliği durumu oluşurumusu olacaktır. Yarışmalı inhibisyonunda yeterli miktarda substrat ortamı edildiğinde, inhibisyon ortadan kalkmaktadır (15). Bu çalışmada yarışmalı olarak inhibe edilen substrat iyottur. Teorik olarak; yeterli miktarda iyot verilmesi durumunda inhibisyonu ortadan kalkması gerekmektedir. Bu nedenle; inhibisyonu yenmeye yetecek miktarda radyoaktif iyot uygulamak, endokrin iyot tutulumunun tespiti sırasında zemin aktivitesinin altına düşmemek ve sağlıklı sayım yapılması amacıyla; ratlara, intratiroidlerde belirlenen miktarın 2 katı kadar radyoaktif iyot verilmiştir. Deney gruplarında gözlenen nitrat konsantrasyonu arttıkça artan tiroid radyoaktif iyot tutulumu tiroid bezlerinde nitratla oluşturulan inhibisyonun derecesine ve inhibisyon sonucu tiroid içiyot eksikliğinin şiddetine bağlı olabilir. Mühtemelen düşük düzeyde nitrat uygulanan gruplarda, tiroid içiyot eksikliği çok azmı değişirdi. Bu gruplara verilen radyoaktif iyodür küçük bir miktarının tiroid bezi tarafından tutulması, tiroid içiyot miktarının yükselmesini sağlanıyor ve tiroid dışı tiroid etkisi ile daha fazla iyodür bozeye alınmasını önlemiş olabilir. Daha yüksek konsantrasyonda nitrat verilen gruplarda ise; daha fazla bir inhibisyon oluşturulmuş ve şiddetli bir tiroid içiyot eksikliği ortaya çıkmıştır. Bu gruplara bir anda yüksek dozda verilen radyoaktif iyot; aşırı iyot eksikliği olan tiroid hücrelerinde yüksek oranda tutulmuş olabilir.

İçme Sularındaki Nitrat Düzeylerinin Ratların Tiroid Hormon Düzeyleri ile İlişkisi: Kontrol ve deney gruplarında ölçülen serum TT₄, ST₄, TT₃, ST₃ ve TSH düzeyleri Tablo II'de görülmektedir.

TT düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; II ve IV gruplarda her düzeylerde ($p < 0.01$), V grubunda anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir azalma olduğu, III grubu ise anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) gözlemlenmiştir.

ST₄ hormonunun kan düzeylerinin II ve III gruplarda kontrol grubundan farklı olmadığı ($p > 0.05$), IV ve V gruplarda ise her düzeyde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Çalışmamızın TT₄ ve ST₄ bulgularını; çalışmamızda tiroid hormon seviyesinin indirekt bir göstergesi olan, proteine bağlı tiroid hormon nitrat etkisi ile azaldığını bildiren Shrivastava (22), Bloomfield (24) ve nitrat etkisi ile T₄, ST₄ düzeylerinin düşürülmesine dikatli yaker; Jahreis (25)'in çalışmalarıyla uyumludur.

TT₃ düzeylerinde; III grubu kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu ($p < 0.05$), diğer gruplarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). TT₃ bulgularını; nitrat uygulamasının tiroidin sekresyonu hızında bir değişiklik oluş-

turmadığını bildiren Bloomfield (26), Kelly (27), Arora (28) ve içme sularında nitrat miktarının yüksek olduğu bölgelerde yaşayan insanların serum TT₄ düzeylerinde değişiklik olmadığını tespit eden Van Maanen ve ark. ının (9) çalışmalarıyla da uyum göstermektedir.

ST4 seviyelerinde III grup değerlerinin kontrol grubundan istatistiksel olarak farksız olduğu ($p>0.05$); II. ve IV. gruplarda ileri düzeyde ($p<0.01$), V. grupta ise anlamlı düzeyde ($p<0.05$) azalmalar olduğu saptanmıştır. ST₄ bulguları; nitrat etkisi ile serum ST₄ değerlerinde değişiklik saptamayan Van Maanen ve ark (9) çalışmasıyla uyumlu değildir.

TSH düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; III grup haricinde, diğer grupların hepsinde çok ileri düzeylerde ($p<0.001$) anlamlı azalmalar olduğu, III grupta ise anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgu, nitrat etkisi ile serum TSH düzeylerinde azalma olduğunu bildiren aynı araştırmacıların çalışmasıyla uyumludur. Çalışma sonucunda ratlarda, dolaşımda TT₄ hariç diğer tiroid hormonlarının düzeylerinin azaldığı gözlenmiş olup, tiroid hormonlarının TSH üzerine negatif feedback etkisinin zayıflaması ve buna bağlı olarak da TSH düzeyinde bir artışın olması beklenirken, bunun tersine; uzun süren nitrat uygulamasının sonucunda serum TSH düzeylerinde bir azalış gözlenmiştir. Tiroid hormonları tiroglobulin halinde folikül içinde aylarca depolanmaktadır. Tiroid bezinin tiroglobulin deposu, vücudun 1-3 aylık tiroid hormon gereksinimini karşılamaya yeterlidir. Bu nedenle tiroid hormonlarının sentezi tamamen dursa bile, dolaşımda tiroid hormon seviyelerinin azalması ve klinik olarak yetersizlik bulgularının gelişmesi uzun zaman almaktadır (15, 29). Nitrat gibi bir antitiroidal ajanın oluşturacağı inhibisyon sonucunda, serum hormon seviyelerinde azalma ve yetmezlik bulgularının ortaya çıkmasının çok daha uzun zaman alacağı düşünülmelidir. Literatürdeki çalışmalardan Bloomfield (26), Van Maanen ve ark (9) yaptıkları araştırmalar; nitrat uygulamasının en uzun olduğu çalışmalardır, diğer çalışmalarda ise ortalama nitrat uygulama süresi 37 gündür. Nitrat uygulama süresi 30 hafta olan çalışmamız, literatürde rastlanan çalışmalara göre çok daha uzundur, böylece çalışmamızda tiroid bezlerindeki tiroglobulin deposunda mevcut olan tiroid hormonlarının tükenmesi ve nitratla oluşturulan inhibisyonun serum tiroid hormon seviyelerine yansması için yeterli olabilecek kadar zaman tanınmıştır.

Korelasyon-regresyon analizinde deney gruplarına verilen nitrat miktarı ile serum TT₄

($r=-0.31$, $p<0.05$), ST₃ ($r=-0.47$, $p<0.001$), ST₄ ($r=-0.38$, $p<0.01$) ve TSH ($r=-0.30$, $p<0.05$) düzeyleri arasında negatif bir ilişki saptanırken, serum TT₄ ($r=-0.23$, $p>0.05$) seviyeleri ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

III-İçme Sularındaki Nitrat Düzeylerinin Tiroid Bezlerinin Kütlesindeki Değişikliklerle Olan İlişkisi: Kontrol ve deney gruplarında tespit edilen tiroid bezlerinin yaş doku ağırlıkları ve tiroid kitlesinin ratların 100 gram vücut ağırlığına oranı Tablo III'de görülmektedir.

Tiroid bezlerinin yaş doku ağırlıklarında, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; II grupta çok ileri düzeyde ($p<0.001$), III. ve IV. gruplarda ileri düzeylerde ($p<0.01$), V. grupta ise; $p<0.05$ düzeyinde anlamlı artışlar olduğu tespit edilmiştir. Grafik:1'de görüldüğü gibi, tiroid bezlerindeki ağırlık artışının, ratlara uygulanan nitrat düzeyleri ile pozitif bir ilişki gösterdiği ($r=0.95$, $p<0.05$) saptanmıştır. Literatürde nitratın tiroid bezlerinin kitlesi ile ilişkisini araştıran çalışma gruplarından, Welsch (30), Parasad ve ark (31); değişik düzeylerde nitrat ve nitrit uygulanan deney hayvanlarında, tiroid bezlerinin büyümüş olduğunu, diğer araştırma grupları da, deney hayvanlarına nitrat uygulamasının tiroid bezlerinde kitle ve ağırlık artışına yol açtığını bildirmişlerdir (23, 24, 32). Welsch ve ark. (30); %2.5 oranında KNO₃ içeren gıda ile beslenen ratların tiroid bezlerinin büyümüş olduğunu gözlemişlerdir. Bir başka araştırma grubu da; ratlara aynı oranda KNO₃ uygulamasının tiroid bezinin ağırlığının artmasına neden olduğunu bildirmişlerdir (24).

Eremin ve ark (32); ayrıca nitrat etkisiyle, tiroid bezlerinde gözlenen kitle artışının, deney hayvanlarına iyot uygulaması ile azaldığını, diyetle iyot eksik olduğunda nitratın etkisinin daha bariz olduğunu da bildirmişlerdir. Literatürde nitratın tiroid bezlerinin kitlesi ile ilişkisini araştıran çalışma gruplarından, Welsch (30), Parasad ve ark (31); değişik düzeylerde nitrat ve nitrit uygulanan deney hayvanlarında, tiroid bezlerinin büyümüş olduğunu, diğer araştırma grupları da, deney hayvanlarına nitrat uygulamasının tiroid bezlerinde kitle ve ağırlık artışına yol açtığını bildirmişlerdir (23, 24, 32). Welsch ve ark. (30); %2.5 oranında KNO₃ içeren gıda ile beslenen ratların tiroid bezlerinin büyümüş olduğunu gözlemişlerdir. Bir başka araştırma grubu da; ratlara aynı oranda KNO₃ uygulamasının tiroid bezinin ağırlığının artmasına neden olduğunu bildirmişlerdir (24).

Eremin ve ark (32); ayrıca nitrat etkisiyle, tiroid bezlerinde gözlenen kitle artışının, deney hayvanlarına iyot uygulaması ile azaldığını, diyetle iyot eksik olduğunda nitratın etkisinin daha bariz olduğunu da bildirmişlerdir.

Ratların 100 gram vücut ağırlığı başına düşen tiroid ağırlıkları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; II, IV ve V gruplarda ileri düzeylerde ($p<0.01$), III grupta ise anlamlı düzeyde ($p<0.05$) artışta gözlenmiştir.

Çalışma bulguları, nitratın etkisi ile tiroid bezinin hacmindeki veya ağırlığındaki değişiklikleri incelemiş olan çalışmalarla (10, 23, 29-32) uyumluluk göstermektedir. Serum TSH düzeylerinde gözlenen düşüşe rağmen ratların tiroid bezlerinde saptanan kitle artışı; Van Maanen ve ark. ın (9) çalışmasıyla uyumludur. Araştırmada uygulanan nitrat dozu ile orantılı olarak, tiroid bezlerinin kütlesinde gözlenen artış, daha önce de belirtildiği gibi kronik nitrat uygulaması nedeniyle, tiroid içi iyot miktarının azalması ve bu durumun tiroid bezlerinin TSH'a karşı hassasiyetinin artmasına yol açmasına bağlı olabilir. Tiroid içi iyot miktarı eksildiğinde, tiroid dokusunun TSH'a karşı cevabı arttığından, bu hormonun tiroid bezinde oluşturduğu, dokuda transkripsiyon, translasyon, protein sentezi, folikül hücre boyutu gibi etkiler artmakta ve sonuç olarak doku hipertrofiye gitmektedir.

IV-İçme Sularındaki Nitrat Düzeylerinin Ratların Vücut Ağırlığı ile İlişkisi: Çalışma başlangıcında, ratlar gruplara bölündükten sonra tartılmış ve grupların ortalama vücut ağırlıkları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma bitiminde kontrol ve deney gruplarında tespit edilen rat ağırlıkları ise Tablo IV'de sunulmuştur.

Literatürde nitratın büyüme-gelişmeye olan etkilerini inceleyen bir grup araştırmacı; gıdalar veya içme suları yoluyla nitrat uygulamasının deney hayvanlarında kilo alımında azalmaya karaketeristik bir büyüme ve gelişme yetersizliğine neden olduğunu iddia ederken (5, 25), diğer bir grup araştırmacı ise; nitratın böyle bir etkisini gözlemediklerini bildirmişlerdir (23, 32). Çalışmada; içme suları ile nitrat uygulama döneminin sonunda ratların vücut ağırlıkları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, hiç bir deney grubu ile anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Literatürde rastlanan ve nitratın; büyüme ve gelişmeyi negatif etkilediğini iddia eden çalışmaların, daha çok büyüme-gelişme çağındaki yavru hayvanlarda yapıldığı dikkati çekmektedir (5, 25). Oysa çalışmada kullandığımız hayvanlar erişkin olduklarından, bu olumsuz etki gözlenmemiş olabilir.

Sonuç ve Öneriler: Yüksek dozda radyoaktif iyot verildiğinde; uygulanan nitrat miktarı ile güçlü pozitif bir ilişki göstererek, tiroid bezlerinde tutulan iyot miktarı artmaktadır.

Tiroid bezlerinde gözlenen iyot tutulum artışı, bezlerin ağırlık artışı ile de pozitif ilişkilidir.

Verilen iyot %98 oranında tiroid bezinde yoğunlaşmakta ve tiroid hormonlarından en fazla T₃ ve ST₃ hormonları etkilenmektedir.

Araştırmada uygulanan nitrat dozları, tiroid kitlesini arttırmakta; tiroid bezlerindeki kitle artışı ile uygulanan nitrat miktarları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu sonuçların ışığında; endemik guatr bölgelerinde etyolojik faktör olarak tek başına iyot eksikliği suçlanmamalı, bölgede tüketilen sebze ve içme sularının nitrat içerikleri yüksekse, nitratın kronik etkisi de göz önüne alınmalıdır. Bu bölgelerde iyot profilaksisi ile beraber, içme sularının, toprağın ve sebzelerin nitrat içeriklerinin ıslahı yoluna gidilmelidir. Böyle bir çalışmanın, özellikle içme sularında nitrat düzeyi yüksek olan bölgelerde yaşayan insan topluluklarında yapılması, nitratın insanlarda tiroid bezi ve fonksiyonları üzerine etkisini daha anlamlı olarak ortaya koyabilir.

Tiroid bezine ve fonksiyonuna etkisi açısından içme suyu standartları belirlenirken, nitratın sadece methemoglobinemi oluşturma riski değil, aynı zamanda, tiroid fonksiyonlarına olan negatif etkilerinin de gözönüne alınması gerektiği kanısına varılmıştır.

Tablo:I- Tiroid Bezinde I¹³¹ Tutulumunun Deney Gruplarına Göre Dağılımı.

Grup	n	% I Tutulumu	% I tutulumu/mg doku
I	10	36.6±7.56	2.1±0.42
II	10	29.5±4.57	1.5±0.23
III	10	32.1±6.02	1.5±0.26
VI	10	58.3±6.81 *	2.8±0.32
V	10	66.9±8.13 **	3.1±0.37

*U=18, p<0.05 **U=15, p<0.01

Tablo:II- Serum TT₃, ST₃, TT₄, ST₄ ve TSH Değerlerinin Deney Gruplarına Göre Dağılımı.

Grup	n	TT ₃ (nmol/L)	ST ₃ (pmol/L)	TT ₄ (nmol/L)	ST ₄ (pmol/L)	TSH (µIU/ml)
I	10	1.1±0.05	2.4±0.34	37.3±2.62	10.2±0.59	0.12±0.003
II	10	0.8±0.05**	1.6±0.26	33.3±2.22	8.1±0.35**	0.03±0.003***
III	10	1.1±0.06	1.9±0.14	44.7±1.93*	10.7±0.25	0.14±0.032
IV	10	0.8±0.05**	1.5±0.17**	34.1±3.13	6.3±0.65**	0.03±0.100***
V	10	0.9±0.06	1.2±0.11**	31.4±2.91	7.8±0.94*	0.06±0.010***

*U=21.5, p<0.05 , **U=9, p<0.01 , ***U=2.5, p<0.001

Tablo:III- Tiroid Bezi Ağırlığının Deney Gruplarına Göre Dağılımı.

Grup	n	Tiroid Ağırlığı(mg.)	Tiroid Ağırlığı (mg) / 100 gm. vücut ağırlığı
I	10	18.40 ± 0.31	8.75 ± 0.19
II	10	20.62 ± 0.42***	9.85 ± 0.14**
III	10	21.26 ± 0.77**	10.17 ± 0.45*
IV	10	21.15 ± 0.67**	10.06 ± 0.24**
V	10	23.22 ± 2.22*	10.99 ± 1.13**

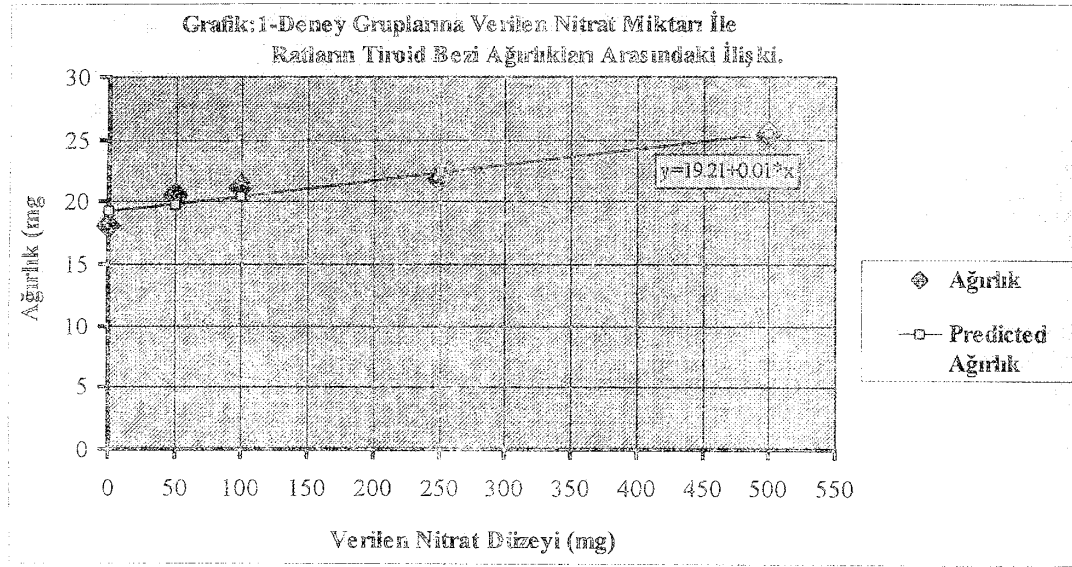
*U=18, p<0.05 , **U=15, p<0.01 , ***U=3, p<0.001

Tablo:IV- Ratların Vücut Ağırlıklarının Gruplara Göre Dağılımı.

Grup	n	Rat Ağırlığı (gm)
I	10	210.80±4.91
II	10	209.50±4.72
III	10	210.33±6.08
IV	10	210.20±5.07
V	10	214.30±7.31

U=29, p>0.05

r=0.95, p<0.05



KAYNAKLAR

1. Wolff I.A., Wasserman A.E. Nitrates, nitrites and nitrosamines. *Sci* 1972; 177 (4043): 15-19.
2. Vogtmann H., Biedermann R. The nitrate story-no end in sight. *Nutr Health* 1985; 3(4): 217-39.
3. Kross R.C., Hallberg GR, Bruner D.R., Cherryholmes K., Johnson J.K. The nitrate contamination of private well water in Iowa. *Am J Public Health (United States)* 1993 83 (2): 270-272.
4. Minana VI, Solanes BJ, Suarez-Varela M.M., Gonzalez L.A. Nitrates in drinking water in the Valencia community. Indirect risk of methemoglobinemia in infants. *An Esp Pediatr* 1991; 34 (1): 43-50.
5. Johnson C.J., Kross B.C. Continuing importance of nitrate contamination of groundwater and wells in rural areas. *Am J. Ind. Med.* 1990; (1984): 449-56.
6. Yostraba J.N., Gay E.C., Rawers M, Hamman RF. Nitrate levels in community drinking waters and risk of IDDM. An ecological analysis. *Diabetes Care (United States)* 1992; 15 (11): 1505-8.
7. Forman D., Al-Dabbagh S., Doll R. Nitrates, nitrites and gastric cancer in Great Britain. *Nature* 1985; 313: 620-625.
8. Møller H., Landt J., Jensen P., Pedersen E., Autrup H., Jensen OM. Nitrate exposure from drinking water and diet in a Danish rural population. *In J. Epidemiol* 1989; 18(1): 206-212.
9. Van Maanen J.M., Van Dijk A., Mulder K., de Haas M.H., Menheere PCA, Van der Heide D., Mertens PLJM, Kleinjans JCS. Consumption of drinking water with high nitrate levels causes hypertrophy of the thyroid. *Toxicology Letters* 1994; 72: 365-374.
10. Takacs S. Nitrate content of drinking water and tumours of the digestive organs. *Zbl Bakt Hyg B* 1987; 184:269-279.
11. Özdemir M., Kırımhan S. Erzurum-merkez çeşme sularında nitrat ve nitrit miktarlarının araştırılması. *Doğa Bilim Dergisi* 1982; 6(2): 49-53.
12. International standards for drinking water 3rd ed. WHO publication, Geneva, 36, 1971.
13. EEC 1980. Council directive on the quality of water for human consumption No: 80/778. Official J EEC 229: 11-29.
14. Türk Standartları Enstitüsü (TSE). İçme Suları Standartları. UDK 663. 6: 543, TS 266, 1984.
15. Bhagavan N.V. Medical Biochemistry. Hoston. Jones and Hartlett Publishers, 1992; 730-797.
16. Katti S.R., Sathyanesan A.G. Lead nitrate induced changes in the thyroid physiology of the catfish *Clarias batrachus* (L). *Ecotoxicology and Environmental Safety* 1987; 13 (1): 1-6.
17. Shrivastava V.K., Katti S.R., Sathyanesan A.G. Effect of lead nitrate on thyroid function of the Indian Palm squirrel, *unambulus pennanti* (Wroughton). *Bull Environ Contam Toxicol* 1987; 38(6): 981-984.
18. Lahti E, Harri M., Lindqvist V. Uptake and distribution of radioiodine, and the effect of ambient nitrate, in some fish species. *Comp Biochem Physiol* 1985; 80 (3): 337-342
19. Uboom G.A. The goitre-soil-water-diet relationship: case study in Plateau State, Nigeria. *Sci Total Environ* 1991; 107:1-11.
20. Höring H., Dobberkau H.J., Seifner W. Environmental antithyroid chemicals. *Z. Gesamt Hyg* 1988; 34 (3): 170-3.
21. Bloomfield R.A., Welsch C.W., Gardner G.B., Muhrer M.E. Thyroidal ¹³¹I metabolism in nitrate fed sheep. *J. Anim Sci.* 1962a; 21: 988.
22. Bloomfield R.A., Welsch C.W., Gardner G.H., Muhrer M.E. Thyroid compensation under the influence of dietary nitrate. *Proc. Soc. Exp. Biol and Med.* 1962b; 111: 288-290.
23. Wyngaarden J.B., Wright B.M., Ways P. Effect of certain anions upon the accumulation and retention of iodine by the thyroid gland. *Endocrinology* 1952; 50: 537-549.
24. Bloomfield R.A., Welsch C.W., Muhrer M.E. Overcoming nitrate induced thyroid inhibition with iodine. *J. Anim Sci.* 1964; 23: 1207.
25. Jahreis G., Schöne F., Lüdge H., Hesse V. Growth impairment caused by dietary nitrate intake regulated via hypothalamic and decreased somatomedin. *Endocrinologia and Experimentalis* 1987; 21: 171-180.
26. Bloomfield R.A., Welsch C.W., Muhrer M.E. The thyroxine secretion rate of nitrate fed animals. *J. Anim Sci* 1964; 23: 1220.

27. Kelly S.T., Oehme F.W., Hoffman S.B. Effect of chroma dietary nitrates on canine thyroid function. *Toxicology and Applied Pharmacology* 1974; 27 (94): 500-505.
28. Arora S.P., Hatfield E.E., Garrius U.S., Romack F.E., Matyka H. Effect of adaptation to dietary nitrate on thyroxine secretion rate and growth in lambs. *J. Anim. Sci.* 1968; 27: 1445-1448.
29. Fernandez-Ulloa M., Maxon H. Thyroid. in Kaplan L.W., Pesce A.J. (eds.) *Clinical Chemistry Theory, analysis and correlation* (2nd ed). St. Louis, Missouri, C.V. Mosby Co., 1989; 620. 639.
30. Welsch C.W., Bloomfield R.A., Gardner G.B., Muhrer M.E. Effect of dietary nitrate on thyroid and adrenal weight. *J. Anim Sci* 1961; 20: 281.
31. Parasad J. Effect of high nitrate diet on thyroid glands in goats. *Indian J. Animal Sci.* 1983; 53(7): 791-94.
32. Eremin J.N., Tocharina M.G. Vlijanie nitilov na sostojanie shitovidnoj zhelezyprjı jodnoj nedostatochnosti; kachestvenno ratlichnom pitanii. *Vopr Pitaniya (Moskva)* 1981; 5: 60-62.

SAMSUN İL MERKEZİNDE YAŞAYAN AİLELERİN İYOTLU TUZ KULLANMA DURUMU

Yard. Doç. Dr. Şennur DABAK*, Yard. Doç. Dr. Funda ELMACIOĞLU**, Arş. Gör. Dr. Murat TOPBAŞ*,
Arş. Gör. Dr. Ahmet KILINÇER*, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN*

*Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

ÖZET

Amaç: İyot eksikliği günümüzde en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Ülkemiz de mental geriliğin başlıca nedenlerinden olan iyot yetersizliği açısından riskli bölgeler içinde yer almaktadır. Bu çalışmada, Samsun'da yaşayan ailelerde iyotlu tuz kullanım durumunu saptamak amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Kasım 1997'de Samsun il merkezinde yaşayan ailelerden küme örnekleme yöntemi ile seçilen 960 aileye demografik özellikleri ve tuz kullanımına yönelik anket formu yüz yüze anket yöntemiyle uygulandı. Bulguların karşılaştırılmasında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Ailelerin %43.4'ü sadece iyotlu tuz kullandıklarını belirtmişlerdir. İyotlu tuz kullanan grupta eğitim düzeyinin daha yüksek ve çalışan oranının da daha fazla olduğu görülmüştür. İyotlu tuzun büyük miktarda saklanması sorun yokken; kaptaki saklamada ve yemeğe katma zamanında yanlış davranışlar olduğu gözlenmiştir. Ailelerin günde kişi başına 11 gr. tuz tükettikleri saptanmış olup bu miktar yeterli iyot alımı için uygun bir düzeydir.

Sonuç: İyotlu tuzu kaptaki saklamada ve yemeğe katma zamanında yanlış davranışlar olduğu gözlenmiş ve ailelere bilinçli eğitim verilmesi yönünde medya ile birlikte sektörlerarası işbirliğinin yapılması gereği ortaya çıkmıştır. Bu eğitim sürecinde iyotun oluşmuş guatrı geriiletmek gibi bir işlevinin olmadığı da özellikle vurgulanmalıdır. Böylece kullanımlardaki yanlışları düzeltmek ve hiç iyotlu tuz kullanmayan %41.2 oranı da bu konuda özendirmek olasıdır.

SUMMARY

IODISED SALT USAGE IN FAMILIES LIVING IN SAMSUN PROVINCE

Purpose: Iodine deficiency is one of the most important public health problems. Our country is also in risk for iodine deficiency that's the most common preventable cause of mental deficiency. This study aimed to determine the iodised salt usage in families living in Samsun.

Material-Method: A questionnaire about some demographic features and salt usage was applied to 960 families living in Samsun, selected with cluster sampling method, face to face in November 1997. Results were evaluated by using chi-square test and comparison of proportions in independent samples.

Results: 43.4% of families were using only iodised salt. The education level and the number of workers were higher in users than the non-users. There was no problem in keeping great amounts of iodised salt, but in keeping little amounts and in adding time while cooking. Salt consumption was 11 gr/person per day and that was enough for daily iodine intake.

Conclusion: There were some wrong behaviour in keeping iodised salt in a closed pot and in adding time while cooking; so an intersectoral cooperation had appeared as a necessity for the education of people. During this education, it should especially be reminded that iodine doesn't reverse an occurred goitre; by the way it may be possible to correct the wrong behaviour and to let the nonusers of 41.2% to use iodised salt.

Giriş: İyot eksikliği günümüzde en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. İyot, beyin gelişiminde ve büyümenin düzenlenmesinde çok önemli olan tiroid hormonlarının sentezi için esansiyeldir. İyot eksikliği her yaş grubunu etkiler; ancak en riskli grup gebeler, fetus, emzikli anneler, yenidoğan ve süt çocuklarıdır. Fetus, yenidoğan ve süt çocukluğu dönemleri santral sinir sistemi gelişiminde en kritik dönemlerdir. Bu kritik dönemlerde iyot eksikliği ve buna bağlı olarak tiroid fonksiyonlarında azalma olur ise, eksikliğin derecesine göre beyin gelişiminde geri dönüşü olmayan hasar, zeka geriliği, sağırılık ve hareket bozuklukları gibi çok önemli sekeller kalır (1, 2).

Yapılan araştırmalar; hava, su ve toprağında yetersiz iyot bulunan bölgelerde endemik guatr hastalığının sık görüldüğünü ortaya koymasına rağmen günümüzde, dünyada halen bir milyar kişi iyot yetersizliğine bağlı hastalıklardan etkilenmiş olup; 200 milyon kişinin de guatrlı olduğu tahmin edilmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi örgütlerin tahminlerinden bir diğeri de gelişmekte olan ülkelerde 20 milyon insanın kretinizm riski altında olduğu, 3 milyonunun ağır mental gerilikten etkilendiğidir. Bütün bu sağlık sorunlarından başka iyot eksikliği sosyo-ekonomik retardasyon da yapabilir; bireyleri mental olarak yavaş olan, dinç olmayan ve eğitimi zor olanların üretimi de az olur (4-6).

Ülkemiz iyot yetersizliği açısından riskli bölgeler içinde yer almaktadır. Toprak erozyonu iyot yetersizliğini her geçen gün daha da artırmaktadır. Türkiye'de erozyon olayının şiddetle devam ettiği Karadeniz Bölgesinde, Akdeniz, Orta Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgelerinin dağlık yörelerinde; hatta bazı bölgelerin dik yamaçlı yörelerinde toprağın iyot minerali yönünden fakir olması bu bölgelerde üretilen bitkisel ve hayvansal gıdalarda iyodun çok az bulunmasına neden olmaktadır. Türkiye'de Rize ili toprağının 100 gramında 166 (gr, İstanbul ilinin toprağında ise 250 (gr iyot bulunduğu saptanmıştır (7). Bu bulgu, erozyonun topraktaki iyot kaybına ne denli etkili olduğunu işaret etmekte olup; toprağın bu durumuna bağlı olarak gıdaların iyot içeriği de değişkenlik göstermektedir. Bu da, iyot eksikliğinin sosyal ve ekonomik durumlardan çok jeolojik faktörler tarafından etkilendiğini belirtmektedir. Beslenme şekli değiştirilerek ve bazı yiyecekler yenilerek bu durum düzeltilemez; dışardan iyot verilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü, 1952 yılında günlük iyot alımının 100-150 (gr/gün olması gerektiğini kararlaştırmıştır (1). Son 60 yılda iyotu günlük diyeteye sokmak için tuz, ekme, süt, şeker, su gibi gıdalar araç olarak seçilmiş ve bunlar arasında en fazla kabul edilen tuz olmuştur. Bunun neden-

leri şöyle sıralanabilir:

*Tuz, ekonomik düzeyden bağımsız olarak toplumun hemen her kesiminde kullanılmakta ve yıl boyunca hemen aynı düzeyde tüketilmektedir.

*Üretimi yaygın olan diğer gıdalara oranla tuz çok daha az sayıda merkezde üretilir.

*Tuza iyot katmak basit bir işlemdir ve tuz kimyasal reaksiyonlara yol açmaz.

*Tuzun iyotlanmasıyla tuzun rengi, tadı ve kokusu değişmez.

*İyotlanma maliyeti düşüktür (2-7 US cent /kg). (8-12)

Ülkemizde de 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongresinde ve 1995 Türkiye Ara Dönem Hedeflerinde mental geriliğin başlıca nedenlerinden olan iyot yetersizliğine bağlı bozuklukların ortadan kaldırılmasına yönelik bir adım olarak, kullanılan bütün tuzların iyotlanması ve 2000 yılına kadar endemik guatr insidansının %10'dan aşağı indirilmesi hedef alınmıştır (13-15).

Türkiye'de 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na dayanılarak çıkarılan Gıda Maddeleri Tüzüğü'nün 1968 yılında hazırlanan 624. maddesine göre iyotlu tuz üretilmektedir. Bu maddeye göre "iyotlu sofrata tuzu, rafine sofrata tuzunun potasyum iyodür eklenmiş şeklidir. İyotlu sofrata tuzunun bir kilogramında 50 mgr'dan az, 70 mgr'dan fazla potasyum iyodür bulunmayacak ve potasyum iyodür yerine başka iyot türleri kullanılmayacaktır" (16). Ancak bu tüzüğe göre iyotlu tuz üretimi zorunlu değildir. Halen ülkemizde üretilen tuzun yalnızca %31'i iyotlu tuzdur (17). 1994 yılında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü başkanlığında sektörlerarası işbirliği temel alınarak başlatılan "İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı" ile iyotlanan tuz oranını arttırmak ve halkın bunu kullanması yönünde eğitim çalışmalarının yapılması hedeflenmiştir (15, 18).

Bu çalışmanın amacı, guatr prevalansının yüksek olduğu bilinen Karadeniz Bölgesi illerinden Samsun il merkezinde yaşayan ailelerin iyotlu tuz kullanım durumunu saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kasım 1997'de yapılan kesitsel nitelikteki bu araştırmanın evrenini oluşturan Samsun ili Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki 13 sağlık ocağı bölgesi kent nüfusu 376.490 olup; toplam 78.868 aileden oluşmaktadır. Bu bölge yerleşim yerinin niteliğine göre 145 kümeye ayrılmıştır. Bu evrenden seçilen 60 küme içinde 960 aile araştırma kapsamına alınmıştır: kümelerin başlangıç haneleri basit rasgele yöntemle ev halkı tesbit fişlerinden belirlenmiş, en yakın evi izleyerek her kümede 16 aileye ulaşılmıştır. Samsun Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin ziyaret ettikleri sırada evde bulunan 18 yaş üstündeki aile bireyine (her aileden bir kişi ile görüşülmüştür) yüz yüze uyguladıkları anket formunda ailenin demografik özellikleri, hangi çeşit tuz kullandıkları, bunun saklanması ve yemek pişirirken katma zamanı ile ilgili sorular yer almaktaydı. Anket formu uygulandıktan sonra iyotlu tuz kullanımı ile ilgili soruların yanıtları kişilere anlatılarak doğru saklamaları ve kullanmaları konusunda bilgi verildi.

Elde edilen veriler, Epiinfo programı ile değerlendirilmiş olup; bulguların karşılaştırılmasında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya katılan bireylerin %92.0'si kadın, %8.0'ı de erkek olup; yaş ortalaması 38.2 (0.43 yıl olarak saptanmıştır). Eğitim durumlarına bakıldığında; %36.0'sinin ilkököl mezunu, %12.8'inin yüksek okul mezunu olduğu. %9.0'unun ise okuyamaz olmadığı belirlendi (Tablo :1). Kişilerin sağlığının korunmasında gereken bilince ancak temel eğitim ve eğitim düzeyinin yükseltilmesi ile ulaşılabilmektedir.

Tablo:1- Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	İyotlu Tuz					
	Kullanmayan		Kullanan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuyamaz Değil	73	13.4	13	3.1	86	9.0
Okuyamaz	21	3.9	25	6.0	46	4.8
İlköğöl mezunu	226	41.6	120	28.8	346	36.0
Ortaöğöl mezunu	54	9.9	53	12.7	107	11.1
Lise mezunu	119	21.9	133	31.9	252	26.3
Yükseköğöl mezunu	50	9.3	73	17.5	123	12.8
Toplam	543	100.0	417	100.0	960	100.0

Araştırma grubundaki 960 ailenin %80.6'sında görüşülen kişi evin hanımı olup; meslek olarak bakıldığında da araştırmaya katılanların %62.9'unun ev hanımı olduğu saptandı (Tablo :2). Ailede yaşayan birey sayısı %32.5'inde ortalama 4 kişiden oluşmakta olup; bunu %21.0 ile 3 kişilik aileler ve %19.0 ile de 5 kişilik aileler izlemekteydi. 15 ilde yapılan beslenme araştırmasında, Samsun ilinde yaşayan ailelerde ortalama birey sayısı 6.8 olarak bulunmuştur (19). Ailede yaşayan birey sayısının daha düşük bulunmasının nedeni olarak, bu çalışmanın il merkezinde yapılmış olması ve genelde çekirdek aile yapısından kaynaklanması düşünülmektedir.

Tablo:2- Araştırmaya Katılanların Meslek Durumlarına Göre Dağılımları

Meslek Durumu	İyotlu Tuz					
	Kullanmayan		Kullanan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evhanımı	365	67.2	239	57.4	604	62.9
Memur	42	7.7	76	18.2	118	12.3
Emekli	55	10.1	36	8.6	91	9.5
Serbest meslek	31	5.7	16	3.8	47	4.9
İşçi	9	1.7	11	2.6	20	2.1
Diğer	41	7.6	39	9.4	80	8.3
Toplam	543	100.0	417	100.0	960	100.0

Ailelere evlerinde ne tür tuz kullandıkları sorulduğunda; %27.5'i sadece rafine tuz, %43.4'ü sadece iyotlu tuz kullandıklarını, %15.4'ü ise iyotlu tuzla birlikte diğer tuz çeşitlerini de tükettiklerini belirtmişlerdir (Tablo :3).

Tablo-3- Ailelerin Kullandıkları Tuz Çeşidine Göre Dağılımları

Tuz Çeşidi	Aile Sayısı	%
Rafine tuz	264	27.5
İyotlu tuz	417	43.4
Kaya tuzu	41	4.3
Diyet tuz	3	0.3
Karışık*	87	9.1
İyotlu karışık**	148	15.4
Toplam	960	100.0

* Rafine tuz + Kaya tuzu ** Rafine tuz + İyotlu tuz + Kaya tuzu

Bu durumda Samsun il merkezinde %58.8 aile yalnız ya da diğer tuzlarla karışık şekilde iyotlu tuzu kullanmaktadır; %41.2 aile ise iyotlu tuzu hiç kullanmamaktadır. 15 ilde yapılan beslenme araştırmasında iyotlu tuz kullananların oranı %24.2, kullanmayanların oranı ise %56.9 olarak belirtilmiştir (19). Çalışmamızda iyotlu tuz kullanım oranının yüksek bulunması hem bölgenin Karadeniz Bölgesi olması, hem de araştırmanın il merkezinde yapılmış olması dolayısıyla eğitim düzeyi daha yüksek bir gruba ulaşma şansının elde edilmesiyle açıklanabilir. Kirkizoğlu ve ark. nın Ankara ili köylerinde yaptıkları çalışmada bireylerin %9.6'sının her zaman, %6.2'sinin ise ara sıra iyotlu tuz kullandığı saptanmıştır (20). Eğri ve ark. nın çalışmasında da %19.3 olarak gözlenen iyotlu tuz kullanım oranı eğitim müdahalesinden sonra %53.9'a çıkmıştır (21). Burada da görüldüğü üzere eğitime önem verilmesi gerektiği açıktır. İyotlu tuz kullanma oranı Tümerdem ve ark. nın İstanbul'daki erişkin kadınlarda yaptıkları çalışmada %7.1, Çölgeçen ve ark. nın İstanbul'da erişkin erkeklerde yaptıkları çalışmada da %3.4 olarak saptanmıştır (22, 23).

Çalışmamızda, ailelerin %44.7'si alışkanlıklarını nedeni ile aynı tuzu kullandıklarını belirtmişler; %22.0'si de iyotlu tuzu bilinçli olarak yani basit guatrdan korunmak için kullandıklarını ifade etmişlerdir.

İyotlu tuz kullanan aileler incelendiğinde; lise eğitimi ailelerin %31.9 oran ile en fazla olduğu görülmüştür (Tablo :1). İyotlu tuz kullanan aileler ile kullanmayanlar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($X^2=64.34$, $p<0.001$). Fark, iyotlu tuz kullananlarda okuryazar olmayan (%3.1) ve ilkököl mezunu grubun (%28.8) daha az olması şeklindedir. Meslek durumları gözönüne alındığında da çalışan oranı genel tabloya göre daha fazla olup; iyotlu tuz kullanan ailelerde memur oranı %18.3 ile kullanmayanlardan (%7.7) istatistiksel olarak fazla bulunmuştur ($X^2=29.01$, $p<0.001$) (Tablo :2).

Çalışmada kendisinde ya da ailesinde guatr olduğunu ifade edenlerde iyotlu tuz kullanma oranı %54.6 olarak saptanmış olup; bu oran ile guatr olmadığını ifade edenlerde iyotlu tuz kullanım oranı (%41.8) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2.91$, $p<0.01$). Bu durum, ailelerde özellikle basit guatrlı bireylerin bulunması koşulunda iyotlu tuzun tanınması ve kullanılmasına daha duyarlı davrandıklarını göstermektedir. Burada guatrlı olma sadece kişinin ifadesine göre belirtilmiş olup; bu durumda iyotlu tuz kullanım farkını ortaya koymak için vurgulanmıştır.

Tablo-4- İyotlu Tuzu Kullanma Nedenleri

Kullanma Nedenleri	Sayı	%
Guatrdan korumak, geriletmek	168	40.3
İnce ve temiz olduğu için	144	34.5
Tadı-kokusu iyi olduğu için	43	10.3
Önerildiği için	27	6.5
Reklamlar	7	1.7
Denemek için- Tesadüfen	28	6.7
Toplam	417	100.0

Tablo 4'te görüldüğü üzere iyotlu tuz kullanan ailelerin %40.3'ü bu tuzun guatrdan koruduğunu bilerek bilinçli tükettiklerini yanısıra oluşmuş guatrı geriletebileceğini de ifade etmişlerdir. Bu durum, iyot profilaksisinde ailelere aydınlatıcı bilgi vermenin gereğine ve önemine işaret etmektedir. Çünkü iyodun, genel olarak endemik guatrdan bir tedavi yöntemi olmayıp, endemi bölgesindeki guatrsız nesli tiroid hiperplazisinden koruduğu; dolayısıyla oluşmuş bir guatrlı tedavisinde yeri olmadığı bilinmektedir (7). Bu konunun radyo ve televizyon yayınlarında yer alması ve bu programların izlenmesi sağlanarak; ayrıca basılı yayınlarla ve eğitim araçları ile iyotlu tuz kullanımını özendirilmelidir.

Bilindiği gibi, vücudun gereksinim duyduğu iyotu alacağı en ucuz ve en pratik yolun tuz olmasının yanısıra bu tuzun kullanım süresi ve saklama koşulları ile pişirme sırasındaki uygulama şekli de önem gösterir. Çalışmada ailelerin %52.9'unun iyotlu tuzu serin, %40.5'inin ise kuru yerde saklayarak doğru olanı yaptığı gözlenmiştir. Tuz kuru olmalı, nemli ve aşırı havadar ortamda saklanmamalı, güneşe ve sicağa maruz kalmamalıdır. Tuz plastik torbasında ve oda sıcaklığında dahi bırakılırsa, iyot içeriği ilk üç ay %25, dokuz ay sonra da %50 oranında azalmaktadır. Bu tür kayıpları önlemek için tuzun koyu renkli kavanozlarda, ışıkta uzakta saklanması ve en fazla üç ay içinde tüketilmesi gereklidir. Tuzun yemeğe pişirme işleminden sonra katılması da iyotlu tuzun kaybını en aza indirmektedir (19).

Ailelerin %53.2'si iyotlu tuzu renksiz cam kapta, %15.8'i plastik kapta, %15.1'i kendi naylon torbasında, %8.4'ü renkli camda ve %7.5'i de diğer (porselen, tahta vb) kaplarda saklamaktadırlar. Özellikle iyotun ışığa hassas bir mineral olduğu hatırlatılarak renkli cam kaplar önerilmelidir.

İyotlu tuz kullanan ailelerin tuzu yemek pişirme sırasında nasıl kullandıkları irdelendiğinde; %50.4'ünün yemek pişmeden önce, %23.5'inin yemek piştikten sonra, %18.9'unun yemeğin suyu ile birlikte, %7.2'sinin ise yemek türüne göre değişik zamanda kullandıkları saptanmıştır. Yemek hazırlığının başlangıcındaki tuz ilavesi gerek yemeğin pişme süresini uzatması, gerekse pişme suyunun kaynama noktasına ulaşana kadar olan sürede iyot kaybının fazla olması nedeni ile hatalıdır; bu nedenle iyotlu tuzu kullanmanın yanısıra yemek hazırlamada nasıl kullanılacağını bilmek de çok önemlidir.

Aileler iyotlu tuzu ortalama 4.47±0.55 yıldır kullanmakta ve ayda 1.18±0.04 paket tüketmektedirler. Tuz tüketimine bakıldığında günde kişi başına 11.0 gr. tuz tükettiği saptanmıştır. İyotlu tuzun 1 gr.'ında 70 µgr. iyot vardır; bunun saklama ve kullanım esnasındaki kayıpları da göz önüne alındığında günlük kişi başına tüketilecek tuzla birlikte alınacak iyot miktarı organizmanın gereksinimini rahatlıkla karşılayacak düzeydedir.

Sonuç ve Öneriler: Ailelerin %43.4'ü sadece iyotlu tuz kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu oranın ülkemizde daha önce yapılan çalışmalardan yüksek bulunması, Samsun ilinin Karadeniz Bölgesi'nde olmasından dolayı basit guatr sorununun daha fazla bilinmesi ve iyotlu tuz kullanımına daha duyarlı olunması ve araştırmanın il merkezinde yapılmış olması ile açıklanabilir. İyotlu tuz kullanan grupta eğitim düzeyinin daha yüksek ve kullanım oranının da daha fazla olduğu görülmüştür. İyotlu tuzun büyük miktarda saklanması sorun yokken; kapta saklamada ve yemeğe katma zamanında yanlış davranışlar olduğu gözlenmiştir. Ailelerin günde kişi başına 11 gr. tuz tükettikleri saptanmış olup bu miktar yeterli iyot alımı için uygun bir düzeydir.

1-Bu bölgede yaşayan halkın eğitilmesinde sorumlu sağlık personeli; basit guatr hastalığı konusunda en riskli grup olan gebeler, emzikli anneler, yeni doğan ve çocuklarda konuyu dikkatle izlemelidir.

2-Ailelere iyotlu tuz konusunda aydınlatıcı bilgi verilmeli, iyotlu tuzun kullanılması yaygınlaştırılmalı, nasıl saklanacağı ve pişirme esnasında nasıl kullanılacağı anlatılmalıdır. Bu süreçte iyotun oluşmuş guatrı geriletme gibi bir işlevinin olmadığı da özellikle

uygulanmalıdır.

3-Toplumı yaygın derecede ve temelde etkileyen bu halk sağlığı sorunu ile mücadelede sektörler arası iş birliği gerekir. Bu şekilde üretilen çözüm yollarını uygulama fazına dönüştürmek şarttır.

4-Bölgedeki yerel basın ve yerel televizyonun basit guatr ve iyotlu tuz konusunda eğitim vermesi sağlanmalıdır. Böylece iyotlu tuz kullanımını yaygınlaştırmak, kullananlardaki yanlışları düzeltilmek ve hiç iyotlu tuz kullanmayan %41,2 oranı da bu konuda azaltılmak olasıdır.

KAYNAKLAR

1. Şimşek E., Yordam N. İyot eksikliği, iyot eksikliğine bağlı hastalıklar ve profilaksinin önemi. Katkı Pediatri Dergisi 1995; (3):447-460
2. Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Heximliği) II. Baskı. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993: 271-271.
3. ICCIDD. IDD Newsletter 11, 1995.
4. Politt E., Gorman K.S., Engle P.L., Martorel R., Rivera J. Early supplementary feeding and cognition. Serial no.235. Mi-nogr Society Research Child Development 1993; 58: 1 Delange F. Iodine, trace elements infancy and childhood. Annales Nestle, Switzerland 1994; 81-93.
5. Delange F. Iodine, trace elements infancy and childhood. Annales Nestle, Switzerland 1994; 81-93
6. A practical guide to the correction of iodine deficiency. ICCIDD/UNICEF/WHO Report. No: 3. 1990
7. Koloğlu S. Türkiye'de Endemik Guatr. Ankara, Elif Matbaacılık, 1984. UNICEF'ten makaleler. İyot eksikliğine bağlı bozuk-lukların eliminasyonu için tuzun iyotlanması. Katkı Pediatri Dergisi 1995; (3) :440-446.
8. UNICEF'ten makaleler. İyot eksikliğine bağlı bozuklukların eliminasyonu için tuzun iyotlanması. Katkı Pediatri Dergisi 1995; (3): 440-446.
9. Lamberg B.A. Endemic goitre-iodine deficiency disorders. Annals of Medicine 1991 23 (4): 367-72.
10. Ranganathan S. Iodised salt is safe. Indian Journal of Public Health 1995 Oct-Dec.39 (4): 164-71.
11. Stanbury J.B. The safety of iodate as a salt additive, evaluation of certain food additives and contaminants. 37th FAO/WHO Report.
12. Mannar M.V. The iodization of salt for the elimination of iodine deficiency disorders. In: Hetzel BS, Pondav C.S. (eds). SCS for a Billion: The conquest of iodine deficiency disorders'. Oxford: Oxford University Press. 1994: 88-107.
13. TC Sağlık Bakanlığı I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 23-27 Mart 1992.
14. TC Sağlık Bakanlığı II. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 12-16 Nisan 1993.
15. İYH'nin kontrolü. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Dokümanı. 1994.
16. Gıda Maddeleri Tüzüğü. 1968. 27. Bölüm. Madde 624.
17. Sargin C. İyot yetersizliği hastalıkları (İYH) ve korunma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Haziran 1996; 5:6:185-188.
18. Budak N., Topçuoğlu H., Dervişoğlu Akın A. Sağlık Bakanlığı İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı. II. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi: 12-14 Nisan 1995. Ankara.
19. 6-12 yaş grubu çocuklarda iyot yetersizliği hastalıkları, görülme sıklığı ve iyotlu tuz kullanma durumu.15 İde Beslenme Eğitimi ve Araştırması Projesi.1996. Ankara.
20. Kırkızoğlu E., Pekcan G. Ankara ili Çubuk ilçesi Kuruçay ve Kışlacık köylerinde iyot yetersizliği hastalıkları prevalansı ve iyotlu tuz kullanma durumu. II. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 12-14 Nisan 1995. Ankara.
21. Eğri M., Günay O., Öztürk Y. Eğilimin iyotlu tuz kullanıma etkisi. Halk Sağlığı Günleri (Erişkin Sağlığı) 3-7 Eylül 1995. Samsun.
22. Tümerdem Y., Çölgeçen E., İnce N., Ayhan B. Erişkin kadınların iyotlu tuzu bilme ve kullanma davranışları (Epidemiyolo-jik bir çalışma I). V. Halk Sağlığı Günleri (Beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997. Isparta.
23. Çölgeçen E., Ayhan B., Tümerdem Y., İnce N. Erişkin erkeklerin iyotlu tuzu bilme ve kullanma davranışları (Epidemiyolo-jik bir çalışma II). V. Halk Sağlığı Günleri (Beslenme ve Yasal Durum) 8-10 Eylül 1997. Isparta.

ÇANKAYA (ANKARA) SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA BAĞLI BÖLGELERDEKİ KONUTLARDA YAŞAYAN AİLELERİN SAĞLIK KURALLARINA İLİŞKİN DAVRANIŞLARINA EĞİTİMİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Prof. Dr. Şükran ŞAFAK, Dr. Sibel ERKAL
HÜ Ev İdaresi ve Aile Ekonomisi Bölümü

ÖZET

Bu araştırma ailelerin yaşadıkları konutlarda yürüttükleri faaliyetlere ilişkin olarak sağlık kurallarına uyma durumlarını, bu davranışlarına öğrenim düzeyinin etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırma Ankara ilindeki Çankaya Sağlık Grup Başkanlığı Dikmen, Akpınar, Hilal, 100. Yıl ve Öveçler Sağlık Ocaklarına bağlı yerleşim alanlarında yapılmıştır. Araştırma kapsamına rasgele örneklem yöntemi ile seçilen 1.177 kadın alınmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde ki-kare analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan deneklerde sağlıklı bir konuta sahip olmak için dikkat ettikleri hususlar incelendiğinde; konutlarında havalandırmaya dikkat edenler önde gelmektedir. Bir odanın günlük temizliğinde izlenen sırayı deneklerin %32.3'ü sağlık kurallarına uygun olarak yapmaktadır. Deneklerin %69.4'ü konutlarında çöpleri sağlık kurallarına uygun toplamaktadır. Haşere mücadelesinde deneklerin %75.9'u haşere ilacı kullanmaktadır. Koku kontrolünde kaynağa yönelik önlem alanlar çoğunluktadır.

SUMMARY

This study has been planned and done for determination compliance of families to hygienic factors concerning their daily activities. This research was done in the region connected to Çankaya, Dikmen, Akpınar, Hilal, 100. Yıl and Öveçler health posts-Ankara. 1.177 families were taken in to the research selected by random sampling. In the evaluation of the results Chi-square analysis was used. When the perceived factors underlying the hygienic status of houses are investigated "indoor air quality" was found to be the priority issue 32.3% of the subjects were found to follow the right sequence of activities while performing daily cleaning activities. 69.4% of the subjects collect their wastes according to sanitation rules. In pest control, 75.9% of the subjects use pesticide.

Giriş ve Amaç: Konut. Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişinin ve ailenin sosyal refahı, fiziksel ve ruhsal sağlığı için arzu edilen veya gerek duyulan tüm zorunlu hizmetleri, olanakları, araç ve gereçleri içeren, insanların barınmak için kullandıkları fiziksel yapı olarak tanımlanmaktadır. (1)

Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. (2)

Konut, ailenin ve aile bireylerinin tam bir sosyal iyilik halinde olmasını sağlamak zorundadır. Kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasını sağlayabilmek için, sağlıklıla ilgili temel koşulların da konutta bulunması gerekir. (3, 4)

Nitelikli bir konut çevresi güvenli, sağlıklı, konforlu, kullanışlı, bakımlı olduğu kadar enerji ve çevreye de duyarlı olmak zorundadır. Çağdaş ve rasyonel bir konut çevresi ise daha az doğal kaynak kullanarak, daha az enerji tüketen ve daha az atıkla doğal çevreyi kirleten bir çevre birimi olarak görülmelidir. (5)

Sağlıklı konut ve çevresi ise beden ve ruh sağlığı açısından uygun özelliklere sahip fiziksel çevre olarak anlamak gerekir. Isı, ses, gürültü, aydınlatma, havalandırma, nem, güneş ışığı alma gibi konut ve çevre özelliklerinin bazı değerlerinde değişme olduğunda insan sağlığı tehdit edilir. (5)

Bir konutun sağlıklı olabilmesi için, insanların şu gereksinimlerinden bazılarını sağlaması gerekir.

- 1-Fizyolojik Gereksinimler: Rahatlık ve huzur sağlayacak uygun sıcaklık, nem, aşırı gürültüden korunma,
- 2-Psikolojik Gereksinimler: huzur, normal aile yaşamı, konutun ve kişisel temizliğin sağlanması ile ruhsal ve fiziksel yorgunlukları giderme olanakları, evin içinde olduğu kadar, dışı da beğenilen estetik bir görünüm, çocukların oynayabileceği yeterli alan,
- 3-Bulaşmaya Karşı Korunma; içme kullanma suyu sağlanması, sağlanan içme ve kullanma suyunun, ev içi kirlenmelere karşı korunması, hastalıkların bulaşma riskini azaltacak şekilde, katı ve sıvı atıkların yok edilmesi, kemiricilerin ve diğer zararlıların yok edilmesi, gıdaların bozulmaya karşı korunması, enfeksiyon tehlikesinin azaltılması amacı ile yatak odalarında yeterli alan sayılabilir (4).

Bulaşıcı hastalıkların bir çoğu sağlıksız evlerde meydana gelir. Konutlar insan sağlığı için hijyenik olmalıdır. Konutun temiz tutulması bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde önemlidir (3, 6, 7).

Serbest havada biyolojik ve kimyasal bakımdan değişik yapıda katı maddeler bulunur. Bu tozlar solunumla beraber emilerek sağlığa zararlı olabilirler. Toz içinde bakteri ve virüsler canlılığı koruyarak tozla birlikte solunum yollarına girer. Konutlarda havalandırma bu nedenle çok önemlidir. (7, 8)

Konut temizliği sadece mikroorganizmaların temizliği değildir. Normalde ev ortamında yaşamayan bir çok etken de ev yada ortamın kirliliği nedeniyle gelen vektörler ile taşınırlar. Vektörler canlı bir enfeksiyon aracıdır. Vektörler, halk sağlığında ve kişisel hijyende önemli rol oynarlar. Vektörlere karşı savaştan amaç; onları hastalık bulaştırmayacak bir sayıya indirmektir. (4, 7)

Konutlarda sağlık ve estetik açıdan katı atıkların yok edilmesi gerekir. Katı atıklar,; kokuşur ve etrafa kötü kokular yayar. Gıda atıklarının yok edilmeden önce evlerde sağlıklı bir şekilde toplanması ve saklanması önem taşır. Evlerde kullanılan toz bezi ve paspaslar da asla temizlenmeden depolanmamalıdır. (4, 9, 10)

Bu araştırma; ailelerin yaşadıkları konutlarda yürüttükleri faaliyetlere ilişkin olarak sağlık kurallarına uyma durumlarını, bu davranışlarına öğrenim düzeyinin etkisini belirlemek ve elde edilen verilerin ışığında konut-sağlık konularında aileleri bilgilendirecek ve bilinçlendirecek önerilerde bulunmak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Ankara ilindeki, Çankaya Sağlık Grup Başkanlığı, Dikmen-Akpınar, Hilal, 100. Yıl ve Öveçler Sağlık Ocaklarına bağlı yerleşim alanlarında yapılmıştır. Her bir Sağlık Ocağı bölgesinden 300 denek olmak üzere toplam 1.200 denek alınmıştır. Deneklerin seçiminde Sağlık Ocaklarında bulunan ev tespit fişlerinden yararlanılmıştır. Her bölgedeki toplam hane sayısı, o bölgede uygulanacak anket sayısına bölünerek örnek aralığı saptanmıştır. Daha sonra tesadüfi sayılar tablosundan rastgele seçilen sayıdan başlanarak örnek aralığı kadar sayılmış ve çıkan hane araştırma kapsamına alınmıştır. Toplam anket sayısına ulaşıncaya kadar seçime devam edilmiştir. Ayrıca her asil örneğin bir öncesindeki ve bir sonrasındaki aile yedek örnek olarak alınmıştır. Araştırma verileri hazırlanan soru formuna bağlı kalınarak kadınlarla yüzyüze yapılan görüşmeler sonucu 17 temmuz-18 ağustos 1995 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu çalışmada evle ilgili faaliyetlerde kendi yerine getirsin ya da getirsin, temel sorumluluğu taşıyan, planlayan ve yöneten kadınların evle ilgili faaliyetlerde sağlık kurallarına uyma durumlarına ilişkin konular incelenmiştir. Toplam 1200 anketten 1177 tanesi kullanılabilmektedir. Sonuçların değerlendirilmesinde ki-kare analizi kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma Denekler Hakkında Genel Bilgiler

Deneklerin Öğrenim Düzeyleri: Araştırma kapsamına alınan deneklerin %21.4'ü hiç öğrenim görmemiş, %52.3'ü ilköğrenim, %21.5'i ortaöğrenim, %4.8'i ise yüksek öğrenim mezunudur.

Deneklerin Konutlarında Sağlık Kurallarına Uygun Davranma Durumu

Konutun Daha Sağlıklı Olması İçin En Fazla Dikkat Edilen Hususlar: Kötü ev koşulları kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu etki çok bileşenlidir. Bir çok hastalıkla bağlantısının kurulması kolaydır. Bu nedenle kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığına yönelik halk sağlığı çalışmalarında ev koşullarının düzeltilmesi önemli yer tutmaktadır. (2)

Araştırma kapsamına alınan deneklerde %45.7 ile konutun havalandırılmasına dikkat edenler önde gelmektedir. Bunu %35.3 ile temizlik yöntemi araç-gereç temizliğine dikkat edenler izlemektedir. (Tablo 1)

Konutun daha sağlıklı olması için dikkat edilen hususlar deneklerin öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde: tüm öğrenim düzeylerinde de (hiç öğrenim görmemiş %42.8, ilköğrenim %43.9, ortaöğrenim %50.6 ve yükseköğrenim %56.1) konutun havalandırılmasına dikkat edenler ilk sırada yer almaktadır.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe havalandırmaya, haşere mücadelesine dikkat edenlerin oranı da artmaktadır.

Bir Odanın Günlük Temizlik Sırası: Bir odanın hijyen kurallarına uygun olarak temizlenmesinde izlenmesi gereken sıra; odanın pencerelerinin açılarak havalandırılmasının sağlanması, süpürme, toz alma ve sieme işlemidir.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin %32.3'ü bir odanın günlük temizlik sırasını sağlık kurallarına uygun olarak yaparken, %66.7'si sağlık kurallarına uygun olarak yapmamaktadır. (Tablo 2)

Deneklerin bir odanın günlük temizlik sırasını sağlık kurallarına uygun olarak yapma durumu öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde: hiç öğrenim görmeyenlerde (%74.6), ilköğrenim görenlerde (%71.1) ve ortaöğrenim görenlerde (%58.9) bir odanın günlük temizlik sırasını sağlık kurallarına uygun yapmayanlar ilk sırada yer alırken, yükseköğrenim görenlerde (%59.6) temizlik sırasını sağlık kurallarına uygun yürütenler önde gelmektedir. (Tablo 2)

Öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık kurallarına uygun davranışların oranı artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak da önemli ($P<0.05$) bulunmuştur.

Toz Bezlerinin Temizlenme Şekli: Toz bezleri kullanıldıktan sonra sıcak deterjanlı suyla yıkanmalı, iyice durulanmalı ve açık havada, güneşte kurutulmalıdır. Kirli toz bezleri asla temizlenmeden depolanmamalıdır (10).

Araştırmaya katılan deneklerin %34.9'u toz bezlerini sağlık kurallarına uygun şekilde temizlerken, %65.1'i sağlık kurallarına uygun temizlememektedir.

Deneklerin toz bezlerini temizleme şekli öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde: hiç öğrenim görmeyenlerde (%70.2), ilköğrenim (%68.3) ve ortaöğrenim görenlerde (%59.3) toz bezlerini sağlık kurallarına uygun şekilde temizlemeyenler ilk sırada iken yükseköğrenim görenlerde (%66.7) toz bezlerini sağlık kurallarına uygun şekilde temizleyenler önde gelmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak da önemli ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 3).

Yer Silmede Kullanılan Bezlerin Temizlenme Şekli: Yer silmede kullanılan bezler iş bittikten sonra sıcak deterjanlı+dezenfektanlı suda yıkanıp iyice durulanmalı ve açık havada kurutulmalıdır. Yer silmede kullanılan bezler bakterilerin en iyi kaynağıdır:bu nedenle kullanımdan sonra bakterilerden iyice arındırılması gerekir. Bu yapılmadığı zaman bakteriler çoğalır ve bir yerden bir yere rahatça taşınırlar (10)

Araştırmaya katılan deneklerin %32.4'ü yer silmede kullandıkları bezleri sağlık kurallarına uygun olarak temizlemektedir.

Deneklerin yer silmede kullanılan bezlerin temizleme şekli öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde; hiç öğrenim görmemiş (%71.8) ilköğrenim (%68.3) ve ortaöğrenim (%66.8) görmüş deneklerde yer silmede kullanılan bezi sağlık kurallarına uygun şekilde temizlemeyenler ilk sırada yer alırken, yükseköğrenim görmüş deneklerde sağlık kurallarına uygun olarak temizleyenler önde gelmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da önemli ($P<0.05$) bulunmuştur. (Tablo 4).

Konutta Yer Süpürülmesinde Sıklıkla Kullanılan Araç: Yer süpürmede kesinlikle ot süpürge kullanılmamalıdır. Çünkü ot süpürge ortamdaki mikroorganizma oranını daha da artırır. Bunun nedeni havaya kalkan tozlarıdır. Böylece havadaki bakteri oranı artar. Solunum yoluyla vücuda girer, eşyaların ve araçların üzerine yerleşir. Kuru süpürme için en iyi araç elektrik süpürgesidir (10, 8).

Araştırmaya alınan deneklerin %76.3'ü elektrik süpürgesi kullanırken, %19.6'sı ot süpürge kullanmaktadır (Tablo 5).

Konutta yer süpürmede kullanılan araçlar deneklerin öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde; her üç öğrenim düzeyinde de elektrik süpürgesini kullananlar çoğunluktadır.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe elektrik süpürgesini kullananların oranı artarken, ot süpürge ve halı süpürgesini kullananların oranı azalmaktadır. Bu ilişki istatistiksel açıdan da önemli ($P<0.05$) bulunmuştur.

Konutta Çöplerin Toplanma Şekli: Evlerde çöpler genellikle meydana geldikleri yerlerde çöp kovalarında toplanmaktadır. Ancak çöp kovaları içine dışarıdan haşere girmesini engelleyecek, koku ve sızıntıları etrafa yaymayacak şekilde sağlam ve ağızları kapaklı kaplar olmalıdır. Çöp kovalarının içine plastik torbalar geçirilmeli ve ağızları sıkıca bağlanmalıdır (11).

Araştırmaya katılan deneklerin %69.4'ü konutlarında çöpleri sağlık kurallarına uygun olarak toplarken, %30.6'sı sağlık kurallarına uygun toplamamaktadır (Tablo 6).

Deneklerin konutlarında çöpleri toplama şekli öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde: tüm öğrenim düzeylerinde de çöpleri sağlık kurallarına uygun olarak toplayanlar önde gelmektedir. Öğrenim düzeyi yükseldikçe çöpleri sağlık kurallarına uygun toplayanların oranı da artmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur (Tablo 6).

Işık (12) tarafından yapılan bir çalışmada ailelerin %79.0'unun çöplerini kapaksız çöp kabında topladıkları belirlenmiştir.

Çöp Kutularının Temizlenme Şekli: Kirli bırakılmış çöp kutularının mikroorganizma ve haşere üremesinde, kötü koku oluşmasında kaynak olduğu bilinmektedir. Çöp kutuları her gün sıcak deterjanlı sularla yıkanmalı ve kurutulmalıdır (10).

Araştırmaya katılan deneklerin %37.1'i çöp kutularını sağlık kurallarına uygun olarak temizlerken, %62.9'u sağlık kurallarına uygun temizlememektedir. (Tablo 7)

Deneklerin çöp kutularını temizleme şekli öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde: hiç öğrenim görmeyenlerde (%69.4), ilköğrenim görenlerde (%65.1), ortaöğrenim görenlerde (%55.7) çöp kutularını sağlık kurallarına uygun temizlemeyenler ilk sırada yer alırken, yükseköğrenim görenlerde (%56.9) çöp kutularını sağlık kurallarına uygun olarak temizleyenler önde gelmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da önemli ($P<0.05$) bulunmuştur.

Konutlarda Haşere ile Mücadele Şekli: Haşerelerden korunmada en iyi yol üreyebilecekleri ortamları yok etmektir. Bu amaçla; Yapısal Engeller; binadaki çatlak ve delikleri kapatmak, yaz aylarında kapı ve pencerelere tel germe.

Kaynağa Yönelik Önlemler: bina içinde yaşayabileceği nemli, sıcak, karanlık kirli tozlu ortamları bulundurmamak, araç ve dolap arkalarını temiz tutmak, gıda maddelerini açıkta bırakmamak, çöpleri kapaklı yıkanabilecek kaplarda depolamaktır Kaynağa yönelik önlemler en etkili çözüm yoludur.

Kimyasal Yöntemler; haşere ilacı kullanmaktır (10).

Haşere mücadelesinde deneklerin %75.9'unun haşere ilacı kullandığı %16.0'sının hiçbirşey yapmadığı belirlenmiştir. Deneklerin %8.1'i haşerelerin yaşayabileceği ortamları bulundurmamaya dikkat etmektedir (Tablo 8).

Konutta haşere mücadelesinde dikkat edilen hususlar deneklerin öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde; tüm öğrenim düzeylerinde de haşere ilacı kullandığını belirtenler önde gelmektedir (P>0.05).

Konutlarda Koku Kontrolü: Ortamda mikroorganizma bulunduğunu gösteren bir hususta kötü kokulardır. Çünkü kokuşmayı ortaya çıkaran mikroorganizmalardır. Tuvaletler, banyolar, yetersiz havalandırma, ıslak paspas, bez, fırça, çöp kutularının kapaksız olması, iyi temizlenmemesi, gıda maddelerini açıkta bırakmak, yetersiz temizlik ve bakım sonucu istenmeyen kokular ortaya çıkabilir. Oluşan kötü kokuların kaynağı bulunarak yok edilmelidir. Kaynağı yok edilmeden kötü kokuları güzel kokularla maskeleyerek doğru değildir (10).

Araştırma kapsamına alınan deneklere konutta kötü koku olmaması için dikkat ettikleri hususlar sorulduğunda toplam 1412 cevap alınmıştır. Kötü koku olmaması için alınan önlemler arasında kaynağa yönelik olanlar (%77.7) başta gelmektedir (Tablo 9).

Konutta kötü koku olmaması için dikkat edilen hususlar öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde; tüm öğrenim gruplarında da kaynağa yönelik önlem alma durumu ilk sırada yer almaktadır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe ortamda kötü koku olmamasına dikkat etme oranı artmakta, güzel kokularla maskeleyme oranı da azalmaktadır.

Sonuçlar ve Öneriler: Araştırmaya alınan kadınlarda sağlıklı bir konuta sahip olmak için dikkat ettikleri hususlar arasında konutun havalandırılmasını belirtenler ilk sırada yer almaktadır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe konutun havalandırılmasına, gürültü yapmamaya, kazalara karşı önlem almaya dikkat edenlerin oranı artmaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar arasında bir odanın günlük temizlik sırasını sağlık kurallarına uygun olarak yapmayanlar önde gelmektedir. Konutta çöplerini sağlık kurallarına uygun olarak toplayanlar ilk sırada yer almaktadır. Denekler arasında çöp kutularını sağlık kurallarına uygun olarak temizlemeyenler çoğunluktadır. Haşere mücadelesinde haşere ilacı kullananlar, koku kontrolünde kaynağa yönelik önlem alanlar çoğunluktadır. Araştırmaya katılan deneklerin çoğunluğu yer temizliğinde elektrik süpürgesi kullanmaktadır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe elektrik süpürgesi kullananların oranı artarken, ot süpürge kullananların oranı azalmaktadır. Deneklerin yarısından fazlası toz bezlerini, yer silmede kullanılan bezleri sağlık kurallarına uygun temizlememektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre şu önerilerde bulunulabilir; -Ailedeki tüm bireylerin konut- sağlık ilişkileri konusunda gerek örgün gerekse yaygın eğitim yoluyla bilgilendirilmeleri ve bilgilendirilmeleri, -Eğitim çalışmalarında bireylerin konuya dikkatini çekmesini sağlayacak video kaset, afiş, broşür, el kitabı vb eğitim araçlarından yararlanılması- Bir ekip çalışması olması gereken bu çalışmalarda Ev Ekonomistlerinin de yer alması önerilebilir.

Tablo 1 - Deneklerin Konutlarının Daha Sağlıklı Olması İçin En Fazla Dikkat Ettikleri Hususlara ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Dikkat Edilen Hususlar	Öğrenim Düzeyi								Toplam	
	Yok		İlköğrenim		Ortaöğrenim		Yükseköğrenim			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Havalandırma	108	42.8	270	43.9	128	50.5	32	56.1	538	45.7
Aydınlatma	8	3.2	25	4.1	7	2.8	1	1.8	41	3.5
Nemli Alan Bırakmama	27	10.7	41	6.7	27	10.7	5	8.7	100	8.5
Kazalara Önlem	-	-	4	0.7	2	0.8	1	1.8	7	0.6
Temizlik Yön	96	38.1	232	37.7	73	28.9	14	24.5	415	35.3
İstima	5	2.0	13	2.1	3	1.2	1	1.8	22	1.9
Yeterli Temiz Su	5	2.0	19	3.1	6	2.3	-	-	30	2.5
Gürültü Yapmama	2	0.8	2	0.3	-	-	2	3.5	6	0.5
Haşere Mücadele	1	0.4	9	1.4	7	2.8	1	1.8	18	1.5
Toplam	252	100.0	615	100.0	253	100.0	57	100.0	1177	100.0

Tablo 2-Deneklerin Bir Odanın Günlük Temizliğinde İzledikleri Sıranın Sağlık Kurallarına Uygun Olma Durumuna ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sağlık Kurallarına Uygun		Sağlık Kurallarına Uygun Değil		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	64	25.4	188	74.6	252	100.0
İlköğrenim	178	28.9	437	71.1	615	100.0
Ortaöğrenim	104	41.1	149	58.9	253	100.0
Yükseköğrenim	34	59.6	23	40.4	57	100.0
Toplam	380	32.3	797	67.7	1177	100.0

$\chi^2=37.140, DF=3, p<0.05$

Tablo.3-Deneklerin Tozbezlerini Sağlık Kurallarına Uygun Temizleme Şekline ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sağlık Kurallarına Uygun		Sağlık Kurallarına Uygun Değil		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	75	29.8	177	70.2	252	100.0
İlköğrenim	195	31.7	420	68.3	615	100.0
Ortaöğrenim	103	40.7	150	59.3	253	100.0
Yükseköğrenim	38	66.7	19	33.3	57	100.0
Toplam	411	34.9	766	65.1	1177	100.0

$$\chi^2=34.756,DF=3,p<0.05$$

Tablo.4-Deneklerin Yer Silmede Kullandıkları Bezleri Temizleme Şeklinin Sağlık Kurallarına Uygun Olma Durumuna ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sağlık Kurallarına Uygun		Sağlık Kurallarına Uygun Değil		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	71	28.2	181	71.8	252	100.0
İlköğrenim	195	31.7	420	68.3	615	100.0
Ortaöğrenim	84	32.2	169	66.8	253	100.0
Yükseköğrenim	31	54.4	26	45.6	57	100.0
Toplam	381	32.4	796	67.6	1177	100.0

$$\chi^2=14.850,DF=3,p<0.05$$

Tablo .5 -Deneklerin Konutlarında Yer Süpürmede Genellikle Kullandıkları Araçlara ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Kullanılan Araç	Öğrenim Düzeyi								Toplam	
	Yok		İlköğrenim		Ortaöğrenim		Yükseköğrenim			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Elektrik Süpürgesi	153	60.7	459	74.7	232	91.7	54	94.7	898	76.3
Ot Süpürge	85	33.7	130	21.1	13	5.1	3	5.3	231	19.6
Halı Süpürgesi	14	5.6	26	4.2	8	3.2	-	-	48	4.1
Toplam	252	100.0	615	100.0	253	100.0	57	100.0	1177	100.0

$$\chi^2=80.988,DF=4,p<0.05(\text{Ortaöğrenim-Yükseköğrenim birleştirildi})$$

Tablo 6-Deneklerin Konutlarında Çöpleri Sağlık Kurallarına Uygun Toplama Durumlarına ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sağlık Kurallarına Uygun		Sağlık Kurallarına Uygun Değil		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	152	60.3	100	40.7	252	100.0
İlköğrenim	420	68.3	195	31.7	615	100.0
Ortaöğrenim	195	77.1	58	22.9	253	100.0
Yükseköğrenim	50	87.7	7	12.3	57	100.0
Toplam	817	69.4	360	30.6	1177	100.0

$$\chi^2=26.176,DF=3,p<0.05$$

Tablo 7-Deneklerin Konutlarında Çöp Kutularını Temizleme Şeklinin Sağlık Kurallarına Uygun Olma Durumuna ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sağlık Kurallarına Uygun		Sağlık Kurallarına Uygun Değil		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	71	30.6	161	69.4	232	100.0
İlköğrenim	200	34.9	373	65.1	573	100.0
Ortaöğrenim	108	44.3	136	55.7	244	100.0
Yükseköğrenim	29	56.9	22	43.1	51	100.0
Toplam	408	37.1	692	62.9	1100	100.0

$$\chi^2=19.281,DF=3,p<0.05$$

Tablo .8-Deneklerin Konutlarında Haşere Mücadele Şekline ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Mücadele Şekli	Öğrenim Düzeyi								Toplam	
	Yok		İlköğrenim		Ortaöğrenim		Yükseköğrenim			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşayabileceği Ortamları Bulundurmam	16	6.3	53	8.6	22	8.7	4	7.0	95	8.1
İlaç Yapma/Yaptırma	193	76.6	463	75.3	191	75.5	46	80.7	893	75.9
Hiçbirşey Yapmama	43	17.1	99	16.1	40	15.8	7	12.3	189	16.0
Toplam	252	100.0	615	100.0	253	100.0	57	100.0	1177	100.0

$$\chi^2=2.255,DF=6,P>0.05$$

Tablo .9-Deneklerin Konutlarında Kötü Koku Olmaması İçin Dikkat Ettikleri Hususlara ve Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Mücadele Şekli	Öğrenim Düzeyi								Toplam	
	Yok		İlköğrenim		Ortaöğrenim		Yükseköğrenim			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kaynağına Yönelik Önlemler	240	75.0	520	77.2	272	80.7	60	80.2	1092	77.7
Güzel Kokularla Maskeleyme	80	25.0	154	22.8	65	19.3	21	19.8	320	22.3
Toplam	320	100.0	674	100.0	337	100.0	81	100.0	1412	100.0

KAYNAKLAR

1. Velicangil S.; Koruyucu ve Sosyal Tıp. Filiz Kitabevi, İstanbul, 1980.
2. Güler Ç., Çobanoğlu, Z.; Konut Sağlığı. TC Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi: 10, Ankara, 1994.
3. Yener M.; Ankara İlinde Ailelerin Sahip Oldukları Konut ve Mutfak Koşullarının Sağlık Şartlarına Uygunluk Açısından Değerlendirilmesi ve Ailelerin Bu Konudaki Bilgileri. Ev Ekonomisi Dergisi; 4; 39-45/1988.
4. Lanoux, J.; Roy, M.L.; Sağlık Teknisyeninin El Kitabı. (Çev: Benli D.). Dünya Sağlık Teşkilatı, Cenevre, 1976.
5. -----; Konutta Yaşam ve Çevre Kalitesi. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Konut Özel İhtisas Komisyonu Raporu. TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Aralık, 1993.
6. Sungur C.; Çevre Sağlığı. Toplum Hekimliği. Birinci Baskı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sayı; 339, 1976.
7. Aksakoğlu G.; Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Ülkeleri. HÜ dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No: 3, Ankara, 1983.
8. Özgökmen V.; Konutlarda Sağlıklı Yaşama Şartları. Sağlık Evde Başlar. İstanbul Halk Sağlığı Komitesi, İstanbul, 1973.
9. Banks L., Hislop, J.; Sağlık ve Hijyen. (Çev: Tunca Y.). DSİ Matbaası, Ankara, 1967.
10. Şafak Ş.; Kurumlarda Ev İdaresi. Ankara, Damla Matbaacılık ve Yayıncılık Ltd. 1997.
11. Yumurtuğu S., Sungur T.; Hijyen Koruyucu Hekimlik. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları Sayı; 393, Ankara, 1980.
12. Işık K.; Kırıkkale Makina Kimya Endüstrisi Kurumunda Çalışan İşçilerin Konut Durumu, Bunun Sağlık ve İşe Devama Etkisi. Doktora Tezi. Ankara, 1979.

S5

**İŞ
SAĞLIĞI**

**DÖRT FABRİKADA 1994-1996 ARASINDA
MEYDANA GELEN İŞ KAZALARININ NEDENSEL İNCELEMESİ**

Dr. Alp ERGÖR, PhD.

İş Teftiş Ankara Grup Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, iş kazalarının önlenmesine yönelik çözümler üretilmesine katkıda bulunmak amacıyla, iş sağlığının bileşkesini oluşturan etmenler tanımlanmaya çalışılmış ve bu etmenlerin iş kazaları ile ilişkileri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bir kamu iktisadi teşekkülünün Ankara'da bulunan 4 fabrikasında 1994-1996 yıllarında meydana gelen kazalarının özellikleri incelenmiş ve bu süre içinde iş kazası geçiren 112 işçi "vaka grubu", bu işçilerle aynı birimlerde çalışan ve son 5 yıl içinde kaza geçirmemiş 112 işçi ise "kontrol grubu" olarak tanımlanmıştır. İş kazası geçirme durumu ile fabrikalarda iş sağlığı sistemini oluşturan etmenler arasından seçilen bağımsız değişkenlerin ilişkisi, tabakalı analiz ve lojistik regresyon yöntemleri kullanılarak incelenmiştir.

Bulgular: Kazaya zemin hazırlayabilecek etmenlerin, vaka ve kontroller arasında homojen biçimde dağıldığı saptanmıştır. Çalışmada iş kazası geçirme riskinin, aynı işyerinde 10 yıldan daha az çalışmış olmayla 4 kat, kiracı olmayla 2 kat, vardiyasız çalışmayla 4.5 kat, daha önce iş kazası geçirmeye 3.3 kat artığı saptanmıştır. Eğitim, çalışma statüsü, çocuk sayısı, iş yükü skoru, işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimi ve süresi, aynı birimde çalışma süresi, kaza ile ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç: Kazaya neden olabilecek etmenler incelenirken, çalışana bağlı nedenlerden önce çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili unsurlara yönelmek gerekir. Ancak sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturulduktan sonra bireysel etmenlerin gösterdiği farklılıklar ön plana çıkacaktır.

SUMMARY

Objectives: The study is planned to explain the interactions and associations of different factors which may play serious role in the causality of occupational accidents.

Material-Methods: The study is conducted in 4 government owned factories. 112 workers who had an accident during 1994-1996 are taken as "cases" and workers who has worked in the same divisions without an accident in the last 5 years were selected as "controls". The relationship between having an occupational accident with independent variables is analysed by stratified analysis and logistic regression.

Findings: The factors which may cause a risk for accidents have been equally distributed for cases and controls. Among all the factors, it is seen that the OR for working in the same workplace for less than 10 years is 4, being a tenant is 2, not working in shifts is 4.5 and previous accident is 3.3, for the occupational accidents.

Result: The results suggest that all workers, with or without accident, are subject to same unsafe conditions. In studying the factors causing accident, the worksite conditions should be targeted before the factors related to workers. Only after having sufficient and healthy working environment the differences in the individual factors will be able to shown.

Giriş: İş sağlığı alanı; çalışan kişinin bireysel özellikleri, yaşadığı çevre, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri, siyasi, ekonomik, sosyal yapı ve benzeri pek çok unsurdan oluşmaktadır. Çalışanlarla, arasındaki karmaşık etkileşimlerin bileşkesi çalışanın yaşadığı gerçekliği olumlu ya da olumsuz yönde etkiler ve kimi zaman meslek hastalıkları ya da iş kazaları gibi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olur (1).

Bu çalışmada, çalışma yaşamının temel sorunlarından biri olan ve karmaşık etkileşimler sonucu ortaya çıkan iş kazaları incelenmektedir. Türkiye'de günde ortalama 238 iş kazası olmakta, bu kazalarda ortalama 4 kişi ölmektedir. 1996 yılında iş kazaları sonucu 3.240 kişi sakat kalmıştır. Yine 1996 yılında 1.788.000 iş günü iş kazalarına bağlı olarak kaybedilmiştir (2). Türkiye'de iş kazası sıklık hızı ve fatalite hızı Avrupa ülkelerinden daha yüksektir (2, 3). Bu veriler, iş kazalarının sağlık ve ekonomi alanında yarattığı olumsuz etkiyi ortaya koymaktadır. Çalışma yaşamının önemli bir sorunu olan kazaların önlenmesi, çalışmanın "daha sağlıklı ve daha güvenli" ortamlarda yürütülmesi iş sağlığı alanında çalışan herkesin ortak arayışıdır.

İş kazaların önlenmesi için, nedensel etmenlerinin iyi tanımlanması gereklidir. İş kazalarının nedensel etmenleri incelendiğinde, çalışanlarla üretim sistemleri, çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri arasındaki karmaşık ilişkiler ağı ile karşılaşılacaktır. Çalışan bireyin sağlığı işi, çalıştığı ve yaşadığı çevre ile ilişkilerinin bileşkesindedir (1, 4, 5). Bu ilişkilerin tanımlanabilmesi için, iş sağlığının bütünsel bir anlayışla ele alınması gereklidir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı; bir Kamu İktisadi Teşekkülüne (KİT) bağlı 4 fabrikada üç yıl içinde meydana gelen iş kazalarının özelliklerinin incelenmesi ve bu kazaların çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri, işçinin iş deneyimi, çalışanları çevreleyen psikososyal etmenler ve iş yükü ile nedensel ilişkilerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ankarada yer alan, bir KİT'e bağlı 4 fabrikada gerçekleştirilmiştir. 1994-1996 yılları arasında 4 fabrikada meydana gelen 169 iş kazası ve bu kazalarda etkilenen 127 işçi kişi iş kazası incelenmiştir. Etik nedenlerle araştırma kapsamına alınan işletmeler, a, b, c, ve d olarak kodlanmıştır.

Geliştirilen bir kaza bilgi formu yardımıyla ve işyeri verileri, İş Teftiş Ankara Grup Başkanlığı kayıtları, İSGÜM incelemelerinden yararlanılarak kazaların özellikleri tanımlanmıştır.

İç yıl içinde kaza geçiren tüm işçiler arasından ulaşılan 112 kaza geçirmiş işçinin her biri, geçirdikleri kaza sayısına bakılmaksızın birer "vaka" olarak tanımlanmıştır. Aynı fabrikada ve aynı birimde çalışmakta olup son 5 yıldır hiç iş kazası geçirmemiş kişiler "kontrol grubuna" alınmıştır.

Çalışmada iş yükünü belirlemek için 37 soruluk bir anket formu kullanılmıştır (6-9). Çalışma ortamı ve koşullarını değerlendir-

mek için iş yeri gezilerinden, İSGÜM ölçümleri, denetim raporları ve işyeri işçi sağlığı iş güvenliği kurulu kayıtlarından elde edilen veriler bir durum saptama formu üzerinde birleştirilmiştir. Durum saptama çalışması sonunda dört fabrikanın "çalışma ortamı ve koşulları" yönünden çok benzediği görülmüş, bu nedenle bunlar birer değişken olarak incelemeye alınmamıştır.

Risk Odds Ratio olarak gösterilmiş ve karıştırıcı faktörler, analiz aşamasında Mantel-Haenszel testi kullanılarak kontrol edilmiştir. Çalışma ortamına yönelik hiç bir olgunun tek bir nedensel etmenle açıklanamayacağı gerçeğinden yola çıkarak çeşitli değişkenlerin iş kazası geçirme riski üzerine ayrı ayrı ve birlikte etkilerini değerlendirebilmek için lojistik regresyon yöntemi kullanılmıştır (8, 10, 11).

Bulgular ve Tartışma: Bu bölümde, 3 yıl içinde fabrikalarda meydana gelen ve oluş biçimleriyle sonuçlarına ilişkin verilere ulaşılabilen, toplam 132 iş kazası bu özelliklerinin yanı sıra işletmelerin kazalara yaklaşım biçimleri yönünden de incelenmiştir. Durum saptama çalışması sonunda fabrikalar arasında çalışma ortamları, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri yönünden farklılık olmadığı saptanmıştır.

Fabrikalarda çalışan işçilerin büyük çoğunluğu 35 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya alınan işçilerin yaş ortalaması 40'tır. Kaza geçirmeyen işçiler yaşa göre dağılım yönünden kaza geçiren işçilerden farklılık göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan kaza geçirmiş işçilerin %72'si, kaza geçirmeyenlerin ise %60'ı ortaokul ve daha üzerinde eğitime düzeyindedir.

Kaza geçiren ve geçirmeyen işçilerin oturdukları konuta sahip olma durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (ki-kare:8.88, p:0.03). Bu değişkenin iş kazası geçirme durumu üzerine etkisi yaş, eğitim, çalışma süresi gibi bağımsız değişkenler kontrol edilerek değerlendirildiğinde, bunların karıştırıcı faktör (counfounder) olmadıkları belirlenmiştir. Bu değişken lojistik regresyon modelinde de, son modelde (reduced model) yer almıştır. Kiracı olma durumu kaza geçirme riskini 2 kat artırmaktadır. Bu bulgu, bireylerin en temel gereksinimlerinden olan barınma güdüsü etkisini görebilmek açısından önemlidir.

Her işçi grubunun da yaklaşık yarısı 4 kişilik ailelere sahiptir. İşçilerin yaklaşık yarısının 2 çocuğu vardır. Bu değişkenler lojistik regresyon sırasında da önemsiz bulunarak modelden çıkarılmıştır. Aynı evi paylaşan kişi ve çocuk sayısının iş kazası geçirme riski üzerine etkisi yoktur.

Her iki grup arasında, sigara ve alkol kullanımı açısından bir farklılık yoktur.

Deneyimin iş kazası üzerine etkisini belirlemek için çalışma süresi kullanılmıştır. Ancak deneyimsiz grup olarak düşünülen 1-2 yıl, 3-5 yıllık çalışma deneyimine sahip işçi sayısının çok az olması değerlendirmeyi etkilemiştir. Ancak, her iki grup arasında aynı birimde çalışma süresi yönünden de fark yoktur. Aynı işyerinde çalışma süresinin 16-20 yıl arasında olması ile kaza geçirme arasında koruyucu bir ilişki olduğu görülünce (OR:0.27, GA:0.08<OR<0.84) bu değişken hem tabakalı analizde karıştırıcı faktör olarak incelenmiş, hem de lojistik regresyonda değerlendirilmiştir.16 yıldan fazla çalışma süresi iş kazasına karşı koruyucu etki göstermektedir. Ayrıca, çalışma süresi, vardiyalı çalışma ve daha önce iş kazası geçirmiş olma durumları için de karıştırıcı faktördür.

Araştırmanın literatürden farklı (9, 12-14) ve önemli bulgularından biri de vardiyasız çalışmanın iş kazası geçirme riskini yaklaşık 4, 5 kat artırmasıdır. Tabaklı analizde çalışma süresinin karıştırıcı etkisi belirlendiği için daha deneyimli işçilerin vardiyaya girdiğini söylemek mümkün değildir. Araştırma düzeneği bu olguyu açıklayabilecek verileri toplamaya uygun değildir. Bu noktada "odak grup çalışmaları" nedensel ilişkiyi çevreleyen gerçekleri belirleyebileceklerdir.

Daha önce iş kazası geçirmiş olma durumu, yeniden iş kazası geçirme riskini 3 kat artırmaktadır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimi ile ilgili değerlendirmelerde her iki grup arasında bir farklılık görülmemiştir. Her iki gruptaki işçilerin de iş yükünü ağırlama düzeyleri arasında farklılık gösterilmemiştir.

İş kazası geçirilmesini etkileyebilecek değişkenlerin tek tek incelenmesinden sonra bu değişkenler birbirleri ile kontrol edilmişler ve iş kazası üzerine birlikte gösterdikleri etkiyi ölçmek amacıyla lojistik regresyon yöntemi uygulanmıştır. Buna göre 10 yıldan daha az bir süre aynı işyerinde çalışmış olmanın iş kazası geçirme riski üzerinde 4 kat; kiracı olmanın 2 kat; vardiyasız çalışmanın 4 kat; daha önce iş kazası geçirmiş olmanın 3 kat artırıcı etkisi vardır.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırma kapsama alınan dört fabrikada kazaya zemin hazırlayabilecek etmenler vaka ve kontroller arasında oldukça homojen dağılmıştır. Bu etmenlerin birlikte ve ayrı ayrı etkileri incelendiğinde, iş kazası geçirme riskinin:

- Aynı işyerinde 10 yıldan daha az çalışmış olmaya bağlı olarak 4 kat,
- Kiracı olma durumuna bağlı olarak 2 kat,
- Vardiyasız çalışma durumuna bağlı olarak 4.5 kat,
- Daha önce iş kazası geçirme riskine bağlı olarak 3.3 kat artışı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan fabrikalarda çalışma ortamı ve koşullarının yasaların öngördüğü iş sağlığı düzeyinde olmadığı saptanmıştır. İşçiler tekdüze bir üretim sürecinin parçaları olarak çalışmaktadırlar. Geleneksel yönetim anlayışı nedeniyle işçilerin işte karar alma serbestileri sınırlıdır. İşçilerin üretim sürecine müdahaleleri mümkün değildir, böylece giderek üretime yabancılaşmaktadırlar. "Emek sürecinde, insana türsel özelliğini veren şey, insanın bu dönüştürme eyleminden önce yapacağı şeyi kafasında tasarlaması olarak tanımlanmaktadır." (15). Burada, işin yeniden örgütlenmesi ile ilgili çalışmalar yürütülmesi çözüm yollarından biri olabilir (1, 15, 16).

Bu bulgular ve işyerlerinde gerçekleştirilen durum saptama çalışması sonuçları bir arada ele alınırsa, kazaya neden olabilecek etmenleri değerlendirirken, bireye bağlı nedenlerden önce çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili unsurlara yönelmek gerektiği söylenebilir.

Çalışma yaşamında sağlığın korunabilmesi ve geliştirilebilmesi için gerekli yöntemleri belirlemek, içlerinden öncelikli olanları saptamak ve yaşama geçirmek için aşağıda sunulan sistemli yaklaşım yürütülmelidir.

1. **Durum saptama**
 - a. Gözlem
 - b. Araştırma.
2. **Tanı koyma**
3. **Politika ve eylem programlarının oluşturulması**

Bu araştırmada da, yukarıda tartışılan yaklaşımın ilk iki aşaması gerçekleştirilmiş ve çalışmanın yürütüldüğü fabrikalarda saptanan iş sağlığı sorunlarına çalışanlara, etmen-çalışan ilişkisine ve etmene yönelik bir dizi öneri geliştirilmiştir.

Tablo 1. Bir KİT'e Bağlı Dört Fabrikada Yapılan Durum Saptama Çalışmasının Sonuçları, 1996.

	Fabrika			
	a	b	c	d
İşyeri sağlık birimi	Donanım yeterli konumu uygun	Donanım yeterli konumu uygun	Donanım yetersiz konumu uygun	Donanım yetersiz konumu uygun
Hekim	İşyeri hekimi	İşyeri hekimi	Kurum hekimi	Kurum hekimi
İSİG Kurulları	Düzenli	Düzenli	Düzensiz	Düzensiz
Makina koruyucuları	Uygun değil ya da yok	Uygun değil ya da yok	Uygun değil ya da yok	Uygun değil ya da yok
Binalar	Onarım gerekli	Onarım gerekli	Onarım gerekli	Onarım gerekli
Sosyal tesisler ve hizmet birimleri	Yeterli	Yeterli	Yeterli	Yeterli
Sisteme yönelik kontroller	Eksikler var	Eksikler var	Eksikler var	Eksikler var
Fiziksel etmenler	Önlem yetersiz ya da yok	Önlem yetersiz	Önlem yetersiz ya da yok	Önlem yetersiz ya da yok
Kimyasal etmenler	Önlem yetersiz ya da yok	Önlem yetersiz	Önlem yetersiz ya da yok	Önlem yetersiz ya da yok
Ergonomik etmenler	Önlem yok, önlenemez	Önlem yok, önlenemez	Önlem yok, önlenemez	Önlem yok, önlenemez
Kişisel koruyucular	Kullanımı izlenmiyor	Kullanımı izlenmiyor	Kullanımı izlenmiyor	Kullanımı izlenmiyor

Tablo 2.a. Bir KİT'e Bağlı Dört Fabrikada 1994 - 1996 Yıllarında İş Kazası Geçiren ve Geçirmeyen İşçilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Yüzde Dağılımları.

	Kaza geçiren işçi n: 112 %	Kaza geçirmeyen işçi n: 112 %	p değeri *
Yaş Grubu			
25 - 34	14.3	8.9	0.43
35 - 39	35.7	32.1	
40 - 44	31.3	33.9	
45 -	18.8	25.0	
Eğitim Durumu			
İlkokul	35.7	39.3	0.85
Ortaokul	53.6	50.9	
Lise ve dengi	10.7	9.8	
Medeni Durum			
Evli	99.1	99.1	1.00
Bekar	0.9	0.9	
TOPLAM	100.0	100.0	

* p değerleri Ki-kare testi ile elde edilmiştir.

Tablo 2.b. Bir KİT'e Bağlı Dört Fabrikada 1994 - 1996 Yıllarında İş Kazası Geçiren ve Geçirmeyen İşçilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Yüzde Dağılımları.

	Kaza geçiren işçi n: 112 %	Kaza geçirmeyen işçi n: 112 %	p değeri *
Oturulan Konut			
Kendi evi	61.6	76.8	0.03
Kiracı	38.4	23.2	
Çocuk Sayısı			
1	13.5	17.1	0.59
2	47.7	40.5	
3	28.9	28.9	
4 +	9.9	13.5	
Aynı Evde Yaşayan Kişi			
2 - 3			0.62
4	16.1	21.4	
5	46.4	41.1	
6 +	27.7	25.0	
TOPLAM	9.8	12.5	
	100.0	100.0	

* p değerleri Ki-kare testi ile elde edilmiştir.

Tablo 2.c. Bir KİT'e MKE Kurumuna Bağlı Dört Fabrikada 1994 - 1996 Yıllarında İş Kazası Geçiren ve Geçirmeyen İşçilerin Bazı Bireysel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımları.

	Kaza geçiren işçi (n: 112) %	Kaza geçirmeyen işçi (n: 112) %	OR	% 95 GA
Sigara Kullanımı				
Kullanan	62.5	66.9	Ref.	
Kullanmayan	37.5	33.1	0.82	0.46-1.48
Alkol Kullanımı				
Kullanan	34.8	33.9	Ref.	
Kullanmayan	65.2	66.1	1.04	0.58-1.07
Toplam	100.0	100.0		

Tablo 3.a. Bir KİT'e Bağlı Dört Fabrikada 1994 - 1996 Yıllarında İş Kazası Geçiren ve Geçirmeyen İşçilerin Çalışma Yaşamı ile İlgili Bazı Özelliklere Göre Yüzde Dağılımları.

	Kaza geçiren işçi (n: 112) %	Kaza geçirmeyen işçi (n: 112) %	Odds Ratio	%95 GA
Çalışma Süresi				
10 yıldan az	13.4	5.4	Ref.	-
11 - 15 yıl	33.9	25.9	0.52	0.16 - 1.68
16 - 20 yıl	29.5	43.8	0.27	0.08 - 0.84
21 +	23.2	25.0	0.37	0.11 - 1.23
Aynı Birimde Çalışma Süresi				
2 - 4 yıl	26.8	23.2	Ref.	-
5 - 14 yıl	37.5	33.9	0.96	0.46 - 2.01
15 +	35.7	42.9	0.72	0.35 - 1.49
Çalışanın Niteliği				
Vasıfsız işçi	42.9	47.3	Ref.	-
Vasıflı işçi *	57.1	52.7	0.83	0.48 - 1.46
Vardiyalı Çalışma				
Vardiyalı	7.1	24.1	Ref.	-
Vardiyasız	92.9	75.9	4.13	1.68 - 10.46
ÖNCEKİ KAZA				
Geçirmiş	50.0	26.3	Ref.	-
Geçirmemiş	50.0	73.2	2.73	1.51 - 4.97
Toplam	100.0	100.0		

Tablo 3.b. Bir KİT'e Bağlı Dört Fabrikada 1994 - 1996 Yıllarında İş Kazası Geçiren ve Geçirmeyen İşçilerin Çalışma Yaşamı ile İlgili Bazı Özelliklere Göre Yüzde Dağılımları.

	Kaza geçiren işçi (n: 112) %	Kaza geçirmeyen işçi (n: 112) %	Odds Ratio	%95 GA
İSİG Eğitimi				
Almamış	63.4	58.9	Ref.	-
Almış	36.6	41.1	0.83	0.46 - 1.48
İSİG Eğitiminin Süresi				
Almamış	63.0	59.0	0.65	0.27 - 1.52
1 - 4 saat	19.0	30.0	0.37	0.14 - 1.00
5 - 20 saat	18.0	11.0	Ref.	-
İş Değişikliği				
Yapılmış	16.9	26.7	0.56	0.28 - 1.12
Yapılmamış	83.1	73.3	Ref.	-
İş Yükü Skoru				
Az	58.0	52.7	Ref.	-
Çok	42.0	47.3	1.24	0.70 - 2.19
Toplam	100.0	100.0		

Tablo 4. Önemli Değişkenlerin Yer Aldığı Son Model (reduced model).

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	Önemlilik (p)	Odds ratio	Güven aralıkları
ÇALIŞMA SÜRESİ			.0288		
Ç.SÜRE 1 (16+)	1.3664	.6382	.0323	3.9211	1.12<OR<13.69
Ç.SÜRE 2	.3490	.4021	.3854	1.4177	0.64<OR< 3.11
Ç.SÜRE 3	-.3333	.3837	.3851	.7166	0.33<OR< 1.52
EV	.7126	.3323	.0320	2.0393	1.06<OR< 3.91
VARDİYA	1.4982	.4529	.0009	4.4738	1.84<OR<10.86
ÖNCEKİ KAZA	1.1996	.3140	.0001	3.3188	1.79<OR< 6.14
constant	-2.7369	.6659	.0000		

KAYNAKLAR:

1. Clerck M.J. Introduction to Working Conditions and Environment, ILO, Geneva, 1989, 1-27.
2. SSK İstatistik Yıllığı-1996, SSK Genel Müdürlüğü Yayın no. 593, Ankara, 1996.
3. Bilir N. İş Sağlığı. Bertan M., Güler Ç. (Ed.). Halk Sağlığı, Temel Bilgiler. Güneş Ktbv. Ankara, 1995, 276-279.
4. Levi L. Stress in Industry, Occupational Safety and Health Series, ILO, Geneva, 1984.
5. Klitzman S., House, J.S., Israel, B.A., Mero, R.P. Work stress, nonwork stress and health, Journal of Behavioral Medicine, vol.13, no. 3, 1990.
6. Karasek. R. The Political Implications of Psychosocial Work Redesign: A Model of the Psychosocial Class Structure, Johnson, J.V., Johansson, G. The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health. Policy, Politics, Health and Medicine Series. Baywood Publishing Company, Inc., 1991, 163-190.
7. Landsbergis P.A., Cahill, J. Labor Union Programs to Reduce or Prevent Occupational Stress in The U.S.. Int. Jour. Health Services, Vol 24, No.3, 1994, 105-129.
8. Muntaner C., Schoenbach C. Psychosocial Work Environment and Health in the US Metropolitan Areas: A Test of The Demand-Control and Demand-Control-Support Models, Int. Jour. Health Services, Vol. 24, No. 2, 1994, 337-353.
9. Elo A., Leppanen, A., Lindström, K., Ropponen, T. Occupational Stress Questionnaire, Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland, 1992.
10. Cooper C.L., Davidson M. Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments, Kalimo R., El-Batawi, M.A., Cooper C.L. Psychosocial Factors At Work and Their Relation to Health. WHO, Geneva, 1987, 99-111.
11. Dejours C. Aspects psychopathologiques du travail, Essai de psychopathologie du travail, 1. vol., 729-747, Ed. du Centurion, 1990.
12. Levi L. Fitting work to human capacities and needs: improvements in the content and organisation of work, Kalimo, R., El-Batawi M.A., Cooper C.L. Psychosocial Factors At Work and Their Relation to Health. WHO, Geneva, 1987, 168-184.
13. Kalimo R. Assessment of occupational stress, Epidemiology of Occupational Health, Karvonen, M., Mikheev M.I. (Ed.). WHO Regional Publ., European Series No. 20, 1986, 231-249.
14. Saari J. Accident epidemiology, Epidemiology of Occupational Health, Karvonen, M., Mikheev, M. I. (Ed.), WHO Regional Publ., European Series No. 20, 1986, 283-316.
15. Necef Ş. Emeğin Özgürleşmesi Üzerine, İktisat Dergisi, Temmuz 1997, 49-58.
16. Piyal B. İş Sağlığı ve Eylem Programı İçin Yöntem Önerisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1994, 1-18.

**DOĞANKENT BELDESİNDEKİ BİR TEKSTİL FABRİKASINDA ÇALIŞANLARIN
İŞE DEVAMSIZLIKLARININ İNCELENMESİ**

Üz. Dr. Ferdi TANIR, Yrd. Doç. Dr. Önder KARAOĞMERLİOĞLU, Doç. Dr. Elcin YOLDAŞCAN, Prof. Dr. Munsin AKBABA

Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ADANA.

ÖZET

Amaç: Çağdaş sağlık anlayışının uygulama alanlarından birisi olan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği'nin kısa süreli göstergelerinden birisi de Absenteeism (İşe devamsızlık, işten kalma) olarak belirlenmiştir. Çalışmamız, Doğankent beldesindeki bir tekstil fabrikasında çalışanların, işe devamsızlık durumlarını, nedenlerini saptamaya çalışmak ve alınacak önlemlere katkıda bulunarak, iş veriminin artırılması ve iş sağlığının, işçi-işveren boyutundaki yararlanımını yükseltmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmamız, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışma olup, Ocak 1996 ile Nisan 1996 tarihleri arasında özel bir tekstil fabrikasında, en az 1 yıldır çalışanların işe devamsızlıklarının kayıtlardan alınması, değerlendirilmesi ve önceden yapılmış olan anket formu sonuçlarıyla karşılaştırılarak SPSS paket programında incelenmesi sonrasında gereken yerlerde ki-kare testi yapılarak sunulmuştur.

Bulgular: İş yerinde en az 1 yıldır devamlı çalışan 110'u (%35.9) erkek, 196'sı (%64.1) kadın 306 işçinin işe devamsızlık kayıtları incelendi. Çalışanların yaş ortalamasının 27.8±7.8 olduğu, çalışanlardan 4'ünün (%1.3) okur-yazar olmadığı, 210'nun (%68.6) ilköğretim, 66'sının (%21.6) lise ve 26'sinin (%8.5) yükseköğretim mezunu olduğu, 154'ünün (%50.3) evli olduğu, ev halkı sayısı ortalamasının 4.7±1.9 olduğu, 231'inin (%75.5) işyerinde 1-5 yıldır çalıştığı, işçilerin tümünün SSK'a kayıtlı sosyal güvencesinin olduğu, işçi başına işgücü kaybının 8.9 gün/yılı, işe devamsızlık oranının %2.9, devamsızlık ağırlık hızının %1.1, hasta başına işgücü kaybının 14.6 gün olduğu, işe devamsızlığın en çok kış, en az ilkbaharda yapıldığı, gençlerde, kadınlarda, az eğitim görenlerde, tecrübesiz işçilerde ve mavi yakalılarda işe devamsızlığın daha fazla görüldüğü saptandı.

Sonuç: Ekonomik ve psikolojik kayıplara yol açan işe devamsızlığın boyutları ve nedenlerinin, en çok görüldüğü zaman ve çalışma balmülerinin belirlenmesi için, düzenli kayıtların yapılması ve periyodik olarak incelenerek düzeltilmesi çalışmaları, işçilere ve işverene verimlilik ve iş sağlığı yönünden yarar getireceği kanısına varıldı.

ABSTRACT

**THE STUDY OF THE LABOURER'S ABSENTEEISM WORKING AT
A TEXTILE FACTORY IN DOĞANKENT TOWN**

Aim: One of the short termed signs of labourer health and work security which is one of the application fields of temporary health understanding is absenteeism. Our study was done to raise the productivity by contributing to the preventions to be taken and to determine the labourer's absenteeism to work who work at a textile factory in Doğankent Town.

Method: Our study is a defining and sectioned study and it was presented by chi-square test being done at necessary places after it had been investigated in SPSS packet programme by being compared with the results of survey forms that have been done before and by taking the absenteeism records of labourers who work at a private textile factory for at least one year between January 1996 and April 1996.

Findings: The absenteeism records of 110 men (35.9%) 196 women (64.1%) totally 306 workers who continually work for at least 1 year were investigated. Their average age was 27.8±7.8, 210 of them (50.3%) were married, the average number of household members was 4.7±1.9, 231 of them (75.5%) have been working at this work for 1-5 years, all of them had SSK security, work loss per person was 8.9 day/year, absenteeism rate 2.98%, absenteeism weight speed 1.1%, work loss per patient was 14.6 day and the most absenteeism was in winter season and the least in spring season, between the young, women, low educated, low experienced and workers with blue collar.

Result: It was judged that to determine the absenteeism dimensions and reasons that cause the economical and psychological loss, some regular recordings have to be done and have to be investigated periodically and this would provide the productivity for the employees and employers.

Giriş ve Amaç: Toplumdaki her kesim gibi, işçilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, halk sağlığına yönelik çalışmalar içinde önemli ve vazgeçilmez bir yer tutmaktadır. İşçilerin ülke nüfusu içinde geniş oranda yer almaları, ve toplumun en örgütlü kesimi olmalarının bu etkide rolü vardır. Bir ülkede toplumda veya iş kolunda, işçi sağlığı durumunu belirleyen kısa süreli göstergelerden birisi de absenteeism (işe devamsızlık, işten kalma)dir. İşe devamsızlık; "işçilerin işe gelmeleri beklendiğinde, tıbbi veya herhangi bir nedenle işe gelmemeleri" veya "işçinin hastalık ya da bunun dışındaki çeşitli psikolojik, sosyal ve ekonomik nedenlerle çalışma saatleri içerisinde işinin başında bulunmaması hali" olarak tanımlanır.

İşe devamsızlığın, işletmelerdeki işçi-işveren ilişkileri, yerleşim ve personel politikaları bakımından, çalışanlar yönünden bir tür hoşnutsuzluk sorunu veya belirtisi olarak iş sağlığında çok önemli bir yeri vardır. Bu bağlamda, işe devamsızlıkların boyutunun saptanması, devamsızlığa yol açan etkenlerin araştırılması, sorunun çözümü yolunca geliştirilebilecek politikaların belirlenmesinde kaynak olacaktır.1, 2, 3, 4, 5.

Çalışmamız, Adana ili Doğankent beldesindeki bir tekstil fabrikasında çalışanların, işe devamsızlık durumlarının nedenlerini saptamaya çalışmak ve alınacak önlemlere katkıda bulunarak iş veriminin artırılması ve iş sağlığının, işçi-işveren boyutundaki yararlanımını yükseltmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız, Adana ili Doğankent beldesindeki özel sektöre ait bir tekstil fabrikasında, Ocak 1996 ile Nisan 1996 tarihleri arasında, işyerinde en az bir yıldır sürekli çalışanların istirahat (rapor), izin (mazeret) ve vizite (muayene) neden-

leri ile işe devamsızlıklarının kayıtlardan alınması, düzenlenmesi ve önceden yüz yüze uygulanan anket formu sonuçları ile karşılaştırılarak SPSS paket programında incelenmesi, gereken yerlerde ki-kare testi uygulanması sonrasında sunulmasıyla tamamlanmış, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırma yapılan fabrikada, başka bir fabrikadan gelen iplerin katlanması, bükülmesi, merserizasyonu, kapalı yöntemle boyanması ve çorap üretimi, 3 vardiya halinde 24 saat çalışarak yapıyordu. İşyerinde çalışan toplam 402 işçiden en az bir yıldır sürekli çalışan 312'si çalışma kapsamına alındı. Bunlardan 110'u (%35.9) erkek, 196'sı (%64.1) kadın olmak üzere 306'sının (%98.1) çalışmamıza katılması sağlandı.

Çalışanların işe devamsızlık durumları, istirahat (rapor), izin (mazaret) ve vizite (muayene) nedeni ile yapılan devamsızlıklar yönünden incelendi. 6. 7, 8, 9, 10, 11

İstirahat alma durumlarının dağılımında; işçilerden, 22'sinin (%18.3) 1-2 gün, 17'sinin (%14.2) 3-6 gün, 39'unun (%32.5) 7-14 gün, 42'sinin (%35.0)

(15 gün olmak üzere toplam 120'sinin (%39.2) istirahat aldığı, 186'sının (%60.8) istirahat almadığı ve bir yıl içerisinde, toplam olarak 2041 iş günü istirahat alındığı saptandı. Vizite için alınan izinler, hastalığa bağlı izin olduğu için, 25 günlük vizite izini de yıllık hastalığa bağlı istirahate dahil edildi.

İşçi başına hastalık istirahat süresi: $\frac{2066}{306}=6.7$ gün/yıl idi.

306

İstirahat alma durumunun yaşa göre dağılımında; genç işçilerden (≤ 18 yaş); 11'inin (%61.1) istirahat aldığı, 7'sinin (%38.9) almadığı, yetişkin işçilerden (19-49 yaş); 109'unun (%37.8) istirahat aldığı, 179'unun (%62.2) istirahat almadığı belirlendi (≥ 50 yaş grubunda çok az kişi olduğundan buradaki 5 kişi

19-49 yaş grubu içerisinde değerlendirildi). Gruplar arasındaki farkın genç işçilerdeki istirahat alanların fazlalığından kaynaklandığı saptandı (Tablo . I, $p=0.04$).

Tablo.I: İşçilerin İstirahat Alma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	İstirahat Alma Durumu				Toplam	
	Alanlar		Almayanlar		Sayı	%**
	Sayı	%*	Sayı	%*		
≤ 18 yaş	11	61.1	7	38.9	18	5.9
≥ 19 yaş	109	37.8	179	62.2	288	94.1
Toplam*	120	39.2	186	60.8	306	100.0

* : Satır %

** : Kolon %

$\chi^2=38$ SD=1 $p < 0.05$

►Düzeltilmede Yates Corrected kullanıldı.

Alınan istirahatlerin cinslere göre dağılımında; erkeklerin; 21'inin (%19.1) istirahat aldığı, 89'unun (%80.9) istirahat almadığı, kadınların ise; 99'unun (%50.5) istirahat aldığı, 97'sinin (%49.5) istirahat almadığı belirlendi ve kadın işçilerde istirahat alanların fazla olması nedeniyle, aradaki fark anlamlıydı (Tablo II, $p<0.05$).

Tablo.II: İstirahat Alma Durumunun Cinslere Göre Dağılımı

İstirahat Alma Durumu	Cins				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%**
	Sayı	%**	Sayı	%**		
Alanlar	21	19.1	99	50.5	120	39.2
Almayanlar	89	80.9	97	49.5	186	60.8
Toplam*	110	35.9	196	64.1	306	100.0

* : Satır %

** : Kolon %

$\chi^2=29.2$ SD=1 $p < 0.05$

İstirahat alan işçilerin eğitim durumlarına göre dağılımında; okur-yazar olmayanlardan; 2'sinin (%50.0) istirahat aldığı, 2'sinin (%50.0) almadığı, ilköğretimi bitirenlerin 91'inin (%43.3) istirahat aldığı, 119'unun (%56.7) almadığı, lise öğretimi görenlerin, 24'ünün (%36.4) istirahat aldığı, 42'sinin (%63.6) istirahat almadığı, yüksek okul bitirenlerin; 3'ünün (%11.5) istirahat aldığı, 23'ünün (%88.5) istirahat almadığı belirlendi ve fark yüksek okul grubundan kaynaklanıyordu (Tablo III, $p<0.05$).

Tablo.III: İstirahat Alan İşçilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	İstirahat Alanlar		İstirahat Almayanlar		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Okur-Yazar Değil	2	50.0	2	50.0	4	1.3
İlköğretim	91	43.3	119	56.7	210	68.6
Lise	24	36.4	42	63.6	66	21.6
Yüksek-Okul	3	11.5	23	88.5	26	8.5
Toplam*	120	37.2	186	60.9	306	100.0

* : Satır %

** : Kolon %

$\chi^2=10.3$ SD=3 $p < 0.05$

►Düzeltilme olarak Fisher Exact test kullanıldı.

İstirahat alan işçilerin medeni durumlarına göre dağılımlarında: bekar olanların: 60'ının (%39.5) istirahat aldığı, 92'sinin (%60.5) istirahat almadığı, evli olanların: 60'ının (%39.0) istirahat aldığı, 94'ünün (%61.0) istirahat almadığı saptandı ve istirahat almada medeni duruma göre anlamlı farklılık bulunamadı: ($p>0.05$).

İstirahat alma durumunun ev halkı sayısına göre dağılımında: ev halkı sayısı (EHS) 1-4 olanların: 58'inin (%36.2) istirahat aldığı, 102'sinin (%63.8) istirahat almadığı, EHS (5 olanların 62'sinin (%42.5) istirahat aldığı, 84'ünün (%57.5) istirahat almadığı belirlendi ve fark yoktu ($p>0.05$).

İstirahat alan çalışanların, araştırılan işyerindeki çalışma yıllarına göre dağılımlarında: 1-5 yıldır işyerinde çalışanlardan: 102'sinin (%44.2) istirahat aldığı, 129'unun (%55.8) istirahat almadığı, 6-10 çalışanlardan: 18'inin (%24.0) istirahat aldığı, 57'sinin (%76.0) istirahat almadığı ve 1-5 yıldır çalışanlarda istirahat alanların fazlalığının gruplar arasındaki farkın önemli olmasını sağladığı tespit edildi (Tablo . IV, $p<0.05$).

Tablo.IV: İstirahat Alan Çalışanların İşyerindeki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

İstirahat Alma Durumu	İşyerindeki Çalışma Yılı				Toplam	
	1-5 yıl		6-10 yıl			
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Alanlar	102	44.2	18	24.0	120	39.2
Almayanlar	129	45.8	57	76.0	186	60.8
Toplam*	231	75.5	75	24.5	306	100.0

* : Satır %

** : Kolon %

$\chi^2=29.2$ SD=1 $p < 0.05$

İstirahat alan işçilerin, araştırılan işyerindeki çalıştığı bölüme göre dağılımlarında: 1. grupta çalışanlardan: 78'inin (%53.4) istirahat aldığı, 68'inin (%46.6) almadığı, 2. grupta çalışanlardan: 31'inin (%33.0) istirahat aldığı, 63'ü (%67.0) almadığı, 3. grupta çalışanlardan: 6'sının (%14.3) istirahat aldığı, 36'sının (%85.7) istirahat almadığı, 4. grupta çalışanlardan: 5'inin (%20.8) istirahat aldığı, 19'unun (%79.2) almadığı saptanmış olup, en fazla 1. grupta çalışanlar istirahat alırken, en az istirahati 3. grupta (idari personel) çalışanların aldığı ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlemlendi (Tablo . V, $p<0.001$).

Tablo.V: İstirahat Alan Çalışanların İşyeri Bölümlerine Göre Dağılımları

İstirahat Alma Durumu	Çalışılan Bölüm								Toplam	
	1. Grup		2. Grup		3. Grup		4. Grup			
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Alanlar	78	53.4	31	33.0	6	14.3	5	20.8	120	39.2
Almayanlar	68	46.6	63	67.0	36	85.7	19	79.2	186	60.8
Toplam*	146	47.7	94	30.7	42	13.7	24	7.9	306	100.0

* : Satır %

** : Kolon %

$\chi^2=28.2$ SD=3 $p < 0.001$

İstirahat alan çalışanların, işyerindeki görev ünvanlarına göre dağılımlarında: mavi yakalılardan: 113'ünün (42.0) istirahat aldığı, 156'sının (%58.0) almadığı, beyaz yakalılardan: 7'sinin (%18.9) istirahat aldığı, 30'unun (%81.1) istirahat almadığı ve gruplar arasındaki farkın, mavi yakalılardaki fazla istirahat almaya bağlı olarak, önemli olduğu saptandı (Tablo. VI, $p<0.05$).

Tablo.VI: İstirahat Alan Çalışanların Görev Ünvanlarına Göre Dağılımları

İstirahat Alma Durumu	Görev Ünvanı				Toplam	
	Mavi Yaka		Beyaz Yaka			
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Alanlar	113	42.0	7	18.9	120	39.2
Almayanlar	156	58.0	30	81.1	186	60.8
Toplam*	269	87.9	37	12.1	306	100.0

* : Satır %

** : Kolon %

$\chi^2=7.3$ SD=1 $p < 0.01$

➤Hastalık nedeni ile istirahat alan işçilerin işe devamsızlıklarının incelenmesinde; istirahat ve vizite birlikte değerlendirilmiştir.

Hasta

Başına Ortalama= $\frac{\text{Hastalık Süresi Toplamı}}{\text{Hasta Sayısı}}=2066/140=14.7$ gün
İş Günü Kaybı

Hastalık

İçin Ortalama= $\frac{\text{Hastalık Süresi Toplamı}}{\text{Hastalık Sayısı}}=2066/44=46.9$ gün
İş Günü Kaybı

İşe Devamsızlıkların Mazeret İzinine Göre Dağılımı:

Araştırılan işyerindeki çalışanların, mazeret izini alma durumuna göre yapılan dağılımlarında: 116'sının (%37.9) 1-2 gün, 71'inin (%23.2) 3-6 gün, 18'inin (%5.9) 7-12 gün olmak üzere toplam 205'inin (%67.0) mazeret izini aldığı, 101'inin (%33.0) ise hiç mazeret izini almadığı ve işçilerin, bir yılda toplam 673 iş günü mazeret izini aldığı saptandı.

Çalışanlardan mazeret izini alanların, yaşa göre dağılımlarında: genç işçilerden (18 yaş): 14'ünün (%77.8) izin aldığı, 4'ünün

(%22.2) almadığı, yetişkinlerden (19-49 yaş): 191'inin (%66.3) izin aldığı, 97'sinin (%33.7) almadığı saptandı. Genç işçilerin daha fazla izin almalarına karşın aradaki fark önemli değildi ($p>0.05$).

İşçilerin aldıkları mazeret izinlerinin cinslere dağılımında: erkeklerin; 59'unun (%53.6) izin aldığı, 51'inin (%44.4) almadığı, kadınların; 146'sinin (%74.5) izin aldığı, 50'sinin (%25.5) almadığı saptandı. Cinsler arasındaki fark, istirahat izinindeki gibi anlamlı idi ($p<0.001$).

İzin alan çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımlarında: okur-yazar olmayanlardan; 3'ünün (%75.0) izin aldığı, 1'inin (%25.0) almadığı, ilköğretim ve lise eğitimi yapanlardan; 196'sının (%71.0) izin aldığı, 80'inin (%29.0) almadığı, yüksek okul grubundakilerden ise: 6'sının (%23.1) izin aldığı, 20'sinin (%76.9) izin almadığı belirlendi. Okur-yazar olmayanların sayının çok az, ilköğretim ile lise eğitimi gören grupların oranları benzer olduğundan, değerlendirmede bu gruplar birleştirilerek sunulmuş ve yüksek okul grubundaki izin almanın %23.1 iken diğerlerinin %71.1 olduğu ve aradaki farkın, istirahat izinindeki gibi önemli olduğu saptandı ($p<0.001$).

İzin alan çalışanların medeni durumlarına göre dağılımında: bekarların; 111'inin (%73.0) mazeret izini aldığı, 41'inin (%27.0) almadığı, evlilerin ise: 94'ünün (%61.0) izin aldığı, 60'nın (%39.0) almadığı belirlendi ve bekarların daha fazla izin almasının anlamlı olduğu saptandı (Tablo . VII, $p<0.05$).

Tablo.VII: İşçilerin İzin Alma Durumlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

İzin Alma Durumu	Görev Ünvanı				Toplam	
	Bekarlar		Evliler			
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Alanlar	111	73.0	94	61.0	205	67.0
Almayanlar	41	27.0	60	39.0	101	33.0
Toplam*	152	49.7	154	50.3	306	100.0

* : Satır %

$\chi^2= 4.9$

SD= 1

p < 0.05

** : Kolon %

Mazeret izini kullanan işçilerin ev halkı sayısına göre dağılımında: ev halkı sayısı 1-4 olanlardan; 104'ünün (%65.0) izin aldığı, 56'sının (%35.0) almadığı, ev halkı sayısı 5 olanlardan; 101'inin (%69.2) izin aldığı, 45'inin (%30.8) almadığı ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Mazeret izini alan çalışanların, araştırılan işyerindeki çalışma sürelerine göre dağılımında: 1-5 yıldır işyerinde çalışanların; 164'ünün (%71.0) izin aldığı, 67'sinin (%29.0) almadığı, 6-10 yıldır çalışanların; 41'inin (%54.7) izin aldığı, 34'ünün (%45.3) almadığı ve 1-5 yıldır çalışanlardaki izin almanın (%71.0) fazla olmasının, gruplar arasında anlamlı farkı istirahat izininde olduğu gibi sağladığı belirlendi ($p<0.01$).

İzin alan işçilerin çalıştığı işyeri bölümlerine göre dağılımlarında: 1. grupta çalışanlardan; 119'unun (%81.5) izin aldığı, 27'sinin (%18.5) almadığı, 2. grupta çalışanlardan; 61'inin (%64.9) izin aldığı, 33'ünün (%35.1) almadığı, 3. grupta çalışanlardan; 6'sının (%14.3) izin aldığı, 36'sının (%85.7) izin almadığı, 4. grupta çalışanlardan; 19'unun (%79.2) izin aldığı, 5'inin (%20.8) almadığı belirlendi ve özellikle 3. grupta (idare) çalışanların en az (%14.3) izin alması ile gruplar arasındaki fark, istirahat izinindeki gibi anlamlı idi ($p<0.001$).

İzin alan çalışanların görev ünvanlarına göre dağılımında: mavi yakalılardan; 196'sının (%72.9) izin aldığı, 73'ünün (%27.1) almadığı, beyaz yakalılardan ise: 9'unun (%24.3) izin aldığı, 28'inin (%75.7) izin almadığı ve beyaz yakalılardan izin alanların, çok daha az olması nedeni ile farkın, rapor izinindeki gibi anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$).

İşe Devamsızlıkların Mevsimsel Dağılımları

İşe devamsızlık yapan çalışanların, istirahat, izin veya vizite için, işe gelmedikleri günlerin toplamının, mevsimlere göre dağılımları değerlendirildi:

İlkbahar döneminde: işçilerden; 56'sının (%18.3) 1-2 gün, 11'inin (%3.6) 3-6 gün, 8'inin (%2.6) 7-14 gün, 5'inin (%1.6) (15 gün olmak üzere toplam 80 (%26.1) çalışanın işe devamsızlık yaptığı, 226'sının (%73.9) devamsızlık yapmadığı saptandı. Bu dönemde, devamsızlık yapan 80 işçinin toplam devamsızlık süresi 324 işgünü idi.

İlkbaharda

$$\text{Absentizm İnsidansı} = \frac{\text{İlkbahardaki Devamsız İşçi Sayısı}}{\text{IAİ}} \times 1000$$

(IAİ) Bir Yıldaki Ortalama İşçi Sayısı

$$\text{IAİ} = \frac{80}{306} \times 1000 = \%0.261$$

Yaz döneminde: İşçilerin; 60'nın (%19.6) 1-2 gün, 18'inin (%5.9) 3-6 gün, 29'unun (%9.5) 7-14 gün, 13'ünün (%4.2) (15 gün olmak üzere toplam 120'sinin (%39.2) yaz döneminde devamsızlık yaptığı, 186'sının (%60.8) ise devamsızlık yapmadığı belirlendi. Bu dönemde, devamsızlık yapan 126 işçinin toplam devamsızlık süresi 861 iş günü idi.

Yazın

$$\text{Absentizm İnsidansı} = \frac{\text{Yazın Devamsız İşçi Sayısı}}{\text{YAİ}} \times 1000$$

(YAİ) Bir Yıldaki Ortalama İşçi Sayısı

$$\text{YAİ} = \frac{126}{306} \times 1000 = \%0.411$$

Sonbahar döneminde: Çalışanların; 74'ünün (%24.2) 1-2 gün, 14'ünün (%4.6) 3-6 gün, 22'sinin (%7.2) 7-14 gün, 17'sinin (%5.5) (15 gün olmak üzere toplam 127'sinin (%41.5) devamsızlık yaptığı, 179'unun (%58.5) ise devamsızlık yapmadığı belirlendi. Bu dönemde, devamsızlık yapan 144 işçinin, toplam devamsızlık süresi 1003 iş günü idi.

Sonbaharda

$$\text{Absentizm İnsidansı} = \frac{\text{Sonbahardaki Devamsız İşçi Sayısı}}{\text{SAİ}} \times 1000$$

(SAİ) Bir Yıldaki Ortalama İşçi Sayısı

$$SAİ = \frac{144}{306} \times 1000 = \%0.471$$

Kış döneminde: işçilerin: 85'inin (%27.8) 1-2 gün, 26'sının (%8.5) 3-6 gün, 19'unun (%6.2) 7-14 gün, 5'inin (%1.6) (15 gün olmak üzere toplam 135'inin (%44.1) devamsızlık yaptığı, 171'inin (%55.9) ise devamsızlık yapmadığı belirlendi. Bu dönemde, devamsızlık yapan 150 işçinin, toplam devamsızlık süresi 526 iş günü idi.

$$\text{Absentizm İnsidansı} = \frac{\text{Kış Dönemi Devamsız İşçi Sayısı} \times 1000}{\text{(KAI) Bir Yılda Ortalama İşçi Sayısı}}$$

$$KAI = \frac{150}{306} \times 1000 = \%0.490$$

Tablo.VIII: İşe Devamsızlıkların Mevsimlik Süre Prevalansları

Mevsim	İstirahat - İzin - Vizite	
	Sayı (n=306)	Hiz (%)
İlkbahar	80	26.1
Yaz	126	41.1
Sonbahar	144	47.1
Kış	150	49.0

$$t = 24.1 \quad p < 0.05$$

Böylece, araştırılan işyerimizde 1995 yılı boyunca ortalama 350 kişinin çalıştığı fakat devamsızlık kayıtlarında dikkate alınan 306 işçi olduğundan, ortalama sayı olarak da aynı sayı dikkate alındı ve araştırılan işçilerden 246'sının (%80.4) toplam 2739 iş günü devamsızlık yaptığı belirlendi. Bu devamsızlıklarda: kadın (n=196) işçilerin 172'sinin (%87.7), erkek (n=110) işçilerin 74'ünün (%67.3) devamsızlıkta bulunduğu ve kadın işçilerin belirgin olarak fazla devamsızlık yaptıkları saptandı.

$$\text{İşçi Başına Ort. İş Günü Kaybı} = \frac{\text{Devamsızlık Günü Toplamı}}{\text{Toplam Çalışan Sayısı}}$$

$$\text{İşçi Başına Ort. İş Günü Kaybı} = \frac{2739}{306} = 8.9 \text{ gün/işçi/yıl}$$

$$\text{Absentizm Oranı} = \frac{\text{Bir Yılda Kaybedilen İş Günü Saati}}{\text{Bir Yılda Planlanan İş Günü Saati}} \times 100$$

$$\text{Absentizm Oranı} = \frac{2739 \times 7.5}{306 \times 50 \times 45} \times 100 = \%2.98$$

$$\text{Absentizm İnsidansı} = \frac{\text{Bir Yılda Devamsız İşçi Sayısı} \times 1000}{\text{Bir Yılda Ortalama İşçi Sayısı}}$$

$$\text{Absentizm İnsidansı} = \frac{246}{306} \times 1000 = \%0.803$$

$$\text{Absentizm Ağırlık İndeksi} = \frac{\text{Toplam Devamsızlık Gün Sayısı} \times 1000}{\text{Devamsızlık Yapan İşçi Sayısı}}$$

$$\text{Absentizm Ağırlık İndeksi} = \frac{2739}{246} \times 1000 = \%011.134$$

İşe Devamsızlık Bulgularının Tarişması: Araştırmamızda; hastalık için istirahat, mazeret izini ve vizite izini nedenleriyle işe devamsızlık yapılan işyerinde, mazeretsiz olarak işe gelmeyen 5 (%1.4) kişiden 3'ünün kendiliğinden, 2'sinin (%0.6) de işletme tarafından olmak üzere 7'sinin işine son verildiği tespit edildi. Araştırılan işyerinde, 1995 yılı boyunca ortalama 350 kişi çalıştırılmışsa da, devamsızlık kayıtlarında dikkate alınan 306 işçiden, 246'sının (%80.4), 500 defada 2739 işgünü devamsızlık yaptıkları belirlendi.

Hastalığa bağlı istirahat alanların dağılımlarında; genç işçilerde, kadınlarda, az eğitim almışlarda, hizmet süresi daha az olan kıdemli işçilerde, mavi yakalılarda daha fazla hastalık izini alındığı saptandı. İşe devamsızlık ile medeni durum ve EHS arasındaki ilişki, araştırmamızda farklı değildi. İngiltere, Kuzey İrlanda ve İskoçya'da, aynı zamanda, 2561 tekstil çalışanında yapılan bir çalışmada gençlerde ve kadınlarda işe devamsızlığın daha fazla görüldüğü tespit edilmişti. Aynı bulgular, 1971 ve 1981 yıllarında İstanbul'da bir tekstil fabrikasında 10 yıl arayla yapılan 2 çalışmada; genç işçilerde, kadınlarda, eğitimlisizlerde, evlilerde ve mavi yakalılarda, 1989'da Kocaeli'deki tarım ilacı üreten bir fabrikada yapılan çalışmada, genç işçilerde, az eğitim alanlarda, hizmet süresi kısa olanlarda ve mavi yakalılarda, Ankara'daki bir tekstil fabrikasında yapılan bir çalışmada ise, genç, eğitimsiz, mavi yakalılarda ve evlilerde daha fazla işe devamsızlık olduğu belirtilmişti.^{11, 12, 13}

İzmir'deki 2 süt fabrikasında yapılan çalışmada, eğitimi az, ev halkı sayısı fazla, gelir durumu az ve yaşları ilerleyenlerde işe devamsızlık daha fazla idi. Bu bulgulara göre, araştırmamızda, işveren ve işçilerdeki duyarlılıktan incelenmeyen gelir durumu dikkate alınmaz ise, eğitim dışındaki değişkenlerin işe devamsızlığa etkileri uyumsuz idi.¹¹

SSK'nun 1995 verilerine göre hastalığa bağlı yıllık işgünü kaybı Türkiye genelinde 1.6 gün/yıl olmasına karşın, araştırılan işyerindeki 6.7 gün/yıl ile Türkiye genelinden yüksek. İzmir'de yapılan çalışmada bulunan devamsızlıklarla (4.65-7.58) uyumlu olduğu tespit edildi.¹¹

İşçilerin mazeret izni alma durumlarının dağılımında; kadınların, eğitimi az olanların, bekarların, hizmet süresi kısa olanların, mavi yakalıların daha çok mazeret izini aldığı belirlendi. Yaş grubunun ve ev halkı sayısının mazeret izini almaya etkili olmadığı saptandı.

Yaş grubunun ve ev halkı sayısının etkisiz olması ile bekarların daha çok izin alması, diğer illerdeki çalışmalarla uyumsuz, diğer bulgular uyumlu idi.¹¹⁻¹⁵

Vizite izini almanın çalışanlar arasındaki dağılımında; vizite almanın hiçbir özelliğe bağlı olmadığı gözlenen araştırmamızda, bu bulguları karşılaştıracak çalışma gözlenmedi.

Hastalık, mazeret ya da vizite nedeniyle devamsızlık yapan işçilerin, **devamsızlıklarının mevsimsel dağılımında;** kış (%49.0) ve sonbahar (%47.0) en çok devamsızlık yapılan mevsimler, ilkbahar en az (%26.1) devamsızlık yapılan mevsim olarak tespit edildi. Bu bulgular, İstanbul, Ankara ve İzmir'de yapılan benzer çalışmalarla uyumlu idi.⁶⁻¹⁰

İşyerindeki işçi başına ortalama 8.9 gün/yıl olan işgücü kaybı, Ankara'daki 4.45, İzmir'deki 7.58 ve 4.65, İstanbul'daki 1.38 gün/yıl olan işgücü kayıplarından yüksek. Kocaeli'de yapılan bir çalışmada bulunan 9.0 gün/yıl değeriyle benzerlik göstermekte idi.⁸

Buna karşın absenteizm oranında bulunan 2.9'luk oran, Kocaeli'deki 4.9'dan düşük, İzmir'deki 2.16 ve İstanbul'daki 1.38'den yüksek olarak tespit edildi.⁹⁻¹⁰⁻¹¹

Absenteizm oranları ve işgücü kayıpları hesap edilen İzmir'deki çalışmalarda; Absenteizmin Ağırlık Hızı İndeksi (AAİ)=3.0-1.88 bulunmuş olup, araştırılan işyerinde bu değerin %1.1 olarak bulunması, gerçek göstergenin AAİ olduğunu belirtmekte idi. AAİ %5.0'in üzerinde ise aşırı devamsızlık sözkonusu olduğundan, işyerinde devamsızlığın normal sınırlarda olduğu düşünüldü.¹¹

Hasta başına ortalama iş günü kaybı hesabında bulunan 14.7 günlük değer, İzmir'de ve İstanbul'da yapılan çalışmalarda hasta başına ortalama 14 günlük iş günü kaybı değerleriyle uyumlu iken, SSK'unun 1995 verilerine göre Türkiye genelindeki 10.9 gün/yıl değerinden yüksek idi ve işyerlerinde bulunan bu birbirine yakın değerlerin, SSK verilerinden yüksek olması, SSK kayıtlarındaki yetersizliği gösterdiği kanısına varmamıza yol açtı.⁶⁻⁷⁻¹⁰⁻¹¹

Polonya'da yapılan bir çalışmada tekstil sektöründe hastalığa bağlı işe devamsızlık %4.8 olarak bulunmuştu.⁹

Sonuç ve Öneriler: İşe devamsızlıkta işçi başına hastalık istiharat süresi: 6.7 gün/yıl, işçi başına işgücü kaybı: 8.9 gün/yıl, hasta başına ortalama işgücü kaybı: 14.7 gün/yıl, Absenteizm oranı: %2.98, Absenteizm insidansı: %0.8 ve Absenteizm Ağırlık İndeksi: %1.1 olarak belirlendi. İşe devamsızlık en çok kış, en az ilkbahar mevsiminde idi. Araştırılan işyerinde; genç, kadın, eğitimi az, daha kısa süredir çalışanlarda veya mavi yakalı işçilerde işe devamsızlığın daha fazla olduğu görüldü.

Ekonomik ve psöşik kayıplara yolaçan işe devamsızlığın ve nedenlerinin, işyerinde artış gösterdiği zaman ve çalışma bölümlerinin saptanarak düzeltilmesinin, çalışanlara olduğu kadar işverenede yarar sağlayacağı, iş sağlığının önemli etkenlerinden birisi olan işe devamsızlığın kayıplarının önlenmesi için düzenli kayıtların yapılması, izlenmesi ve nedenlere yönelik önlemlerin alınarak uygulanmasının, işçi sağlığına ve üretime yarar getireceği kanısına varıldı.

KAYNAKLAR

1. Fişek G. İşçi Sağlığı ve Boyutları. İşyeri Hekimliği Ders Notları (Ed. Topuzoğlu İ, Orhun H.). 3. Baskı, TTB Yayını, Maya Matb., Ankara, 1993; 7-10.
2. Bilir N. İş Sağlığı. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler) (Ed. Bertan M., Güler Ç.). Özişik Ofset, Ankara, 1995; 263-282.
3. ILO. Encyclopedia of Occupational Safety & Health. ILO Pub, Geneva, 1988; Vol: 1 (A-K).
4. Akbulut T. Uygulamalı İşçi Sağlığı. Eser Matbaası, Samsun, 1986, 17-77.
5. Fişek G., Piyal B. İşçi Sağlığı Kılavuzu.3. Baskı, TTB Yayını, Yorum Basımevi, Ankara, 1991; 41-55.
6. SSK.1995 İstatistik Yıllığı. SSK Yayın No:586, Ankara, 1997.
7. SABUNCU H. İş Kazaları. İşyeri Hekimliği Ders Notları (Ed. Akbulut T.), TTB Yayını, Ankara, 1996; 213-220.
8. Yoloğlu S., Bilir N. Bir Pamuklu Dokuma İşletmesinde Hastalık Nedeniyle İşgücü Kayıpları Üzerine Bir Araştırma. I. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 1988.
9. Zsubert Z., Szeszenia-Dabrowska N. Causes And Rates Of Absenteeism In Selected Branches Of Industry During The Years 1970-1987. Med-Pr, 1988; 39 (6): 446-454.
10. Kepir H., Pazarçık O. Sanayide İşe Devamsızlık Nedenleri Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Milli Produktivite Merkezi Yayın No:287. Ankara. 1983; 6-80.
11. Eser E., Tokgöz M., Yıldız İ. SEK ve Pınar Süt İzmir Fabrikalarında İşe Devamsızlık Boyutlarının İncelenmesi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 1994.
12. Belejevic G., Kocijancic R., Stankovic T. The Importance of Work Conditions In The Textile Industry To Worker Absenteeism. Arg-Hig-Rada Toksikol, 1990; 41 (1): 25-34.
13. Sharp C., Watt S. A Study Of Absence Rates In Male And Female Employees Working In Occupational of Equal Status. Occup Med. Oxf, 1995; 45 (3): 131-136.
14. Zsubert Z., Wilezynska U., Szeszenia-Dabrowska N. Morbidity Among Textile Industry Workers Evaluated on The Bases of Cross Sectional Studiesand Absenteeism Data. Med-Pr, 1988; 39 (6): 71-77.

**SÜREKLİ YANGIN DUMANINA MARUZ KALMANIN
SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ ÜZERİNE KRONİK ETKİLERİ**

Dr. Halim İŞSEVER¹, Prof. Dr. H. Hilmi SABUNCU¹, Doç. Dr. Turhan ECE²

¹İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. Dalı
²İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A. Dalı

ÖZET

Belediyelerde sürekli olarak itfaiye birimlerinde çalışan işçilerde yanan maddelerde yayılan dumanın SFT (solunum fonksiyon testi) üzerindeki etkilerini araştırmak için 140 itfaiye işçisi ve 60 sağlıklı gönüllü çalışma kapsamına alındı. Kişilerin solunum fonksiyon testleri bilgisayarlı spirometre (MIR spirobank) ile yapıldı.

Sigara kullanan itfaiye işçilerinde ve sigara içen sağlıklı kontrol grubuna göre solunum fonksiyon testi: FEV1/FVC% değerlerinde; istatistiksel anlamlı düşüklük bulundu. Sigara içmeyen itfaiye işçileri ve sigara içmeyen kontroller arasında SFT, FEV1/FVC%, FEF₂₅₋₇₅%, PEF%, parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edildi.

Bu sonuçlar toksik/irritan gazların ve sigara alışkanlığının itfaiye işçilerinde daha olumsuz etkiler yaptığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Solunum Fonksiyon Testi, İtfaiye çalışanları

SUMMARY

CHRONIC EFFECT OF FIRE FIGHTING ON PULMONARY FUNCTION TESTS

To investigate the chronic effect of fire fighting, PFT of 140 fire fighters were compared 60 healthy volunteers by using an electronic spirometer (MIR-Medical International Research-Spirobank). Mean values of FEV1/FVC% were found significantly lower in smokers fire fighters than smokers controls. Mean values of FEV1/FVC%, PEF%, FEF₂₅₋₇₅ (%pred), decreased statistically significantly in non smokers fire fighters than non smokers controls.

The results show that toxic/irritant gases and cigarette smoking could have more deleterious effect in fire fighters.

Key Words: Pulmoner function test, fire fighters

Giriş ve amaç: İş sağlığı çalışmalarının amacı, çalışanın sağlık kapasitesini yükseltmek, işyeri ortamından gelebilecek zararları önlemek veya minimize etmek, işi çalışana-çalışanı işe uydurmaktır. Çalışanın sağlık kapasitesi yükseltmek, sağlık kapasitesi ölçütlerinin iyileştirilmesi ile mümkün olur. Bu iyileştirme bir dizi çalışmayı gerektirir. Bu çalışmalardan en önemlisi risk faktörlerine yönelik incelemelerin yapılmasıdır.

Son yıllarda binaların yapımında kullanılan sentetik kimyasallara dayalı ürünlerin kullanılmasının artması ile, yangınlarda dumanın toksik bileşenlerinin inhalasyonundan itfaiye çalışanlarındaki zararlarına ilişkin artan ilgi sürekli olarak büyümektedir (15)

İtfaiye çalışanları, pulmoner hasar ve hava yolu obstrüksiyonu yapan alevli yanan ve patlayan ürünlerden yayılan toksik ve irritan gazlara (hidroklorik asit, aldehitler, fosgen ve amonyak olmak üzere) ve diğer bileşiklere sürekli olarak maruz kalmaktadır (14, 18). Bu maruziyetlerin yanı sıra söndürme sırasında meydana gelen kazalar, yanma ve can kaybı olayları sürekli meydana gelmekte alınan önlemler yetersiz kalmaktadır.

Çeşitli iş kollarında tozlu-dumanlı işyeri ortamının solunum sistemine kronik etkileri sonucu SFT'de önemli değişiklikler görülmektedir. Toz ve dumana sürekli maruziyetler sonucunda küçük hava yollarında refleks bronkokonstriksiyon gelişmekte, SFT den: FEV1/FVC FEF₂₅, FEF₅₀, FEF₇₅, FEF₂₅₋₇₅ zorlu ekspirasyon akım hızı değerleri azalmaktadır. Uzun yıllar sigara içmenin SFT'de bu parametreler üzerinde etkisi olduğu da bilinmektedir (4, 5, 6, 9, 19).

Bu çalışma sürekli olarak itfaiye birimlerinde görev yapan işçilerde yanan materyalden yayılan dumanın SFT'ne yaptığı olumsuz etkileri değerlendirmek için planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya sürekli olarak yangın söndürme birimlerinde görev yapan 140 itfaiyeci, 60 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 200 kişi alındı. Testlerin nasıl yapılacağı ölçüm yapılan kişilere detaylı bir şekilde anlatıldı. SFT bilgisayarlı spirometre (MIR spirobank) yardımı ile yapıldı. Her bir kişi 3 kez test edilerek yaptıkları en yüksek değer kaydedildi. Tüm kişilerin test öncesi kilo ve boy ölçümleri yapıldı. Yaşları, sigara alışkanlıkları daha önce yaptıkları iş, önemli bir hastalık geçirip geçirmediği, geçirilmiş ve yakın zamanda geçirilen akciğer hastalığı olup olmadığı, alerjik reaksiyonları, çeşitli vücut şikayetleri detaylı bir anket formu yardımı ile soruldu. Önemli bir rahatsızlığı ve geçirilmiş bir akciğer hastalığı olanlar çalışma dışında bırakıldı. Ölçümlerin dinlenme saatleri içinde ve aynı saatlerde olacak şekilde yapılmasına özen gösterildi. Yangın söndürme biriminde çalışanlar sigara içme durumlarına göre iki gruba ayrıldı. Kontrol gruplarının çalışma grubuna uygun yaş, boy, kiloda ve yaklaşık olarak aynı sigara içme alışkanlıkları olmasına özen gösterildi. Çalışma ve kontrol gruplarının FEV1 (ml) değeri için ortalama değer alındı. Fakat yaş boy farklılıklarını elimine etmek amacı ile FVC, FEV1/FVC, FEF₂₅₋₇₅, PEF değerleri için ölçülen/beklenen % değerler kullanıldı. Yangın söndürme işleminde çalışan ve sigara içen grubun ortalama değerleri, sigara içen sağlıklı kontrol grubu ile, yangın söndürme işleminde çalışan sigara içmeyen kişilerin ortalama değerleri, sigara içmeyen sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Karşılaştırmalar Student-t testi ile yapıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan 140 itfaiye işçisinden 7 kişide, geçirilmiş akciğer hastalığı, 3 kişi ise çeşitli gıda ve toz allerjisi tespit edilmiş ve çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Önemli bir rahatsızlığı olmayan 130 itfaiye işçisinin 100'ü (%76.9) sigara içiyordu, 30 (%23.1) kişi ise sigara içmeyen grubu oluşturuyordu. Sigara içen itfaiye işçilerinin %40'si sabahları balgam çıkarmaktan şikayetçiydiler. İtfaiye işçilerindeki vücut şikayetlerinden, sindirim sistemi ile ilgili şikayetler ilk sıralarda yer alıyordu.

İtfaiye işçilerinin 96'evli (%73.9), 34'ü bekar (%26.1) idi. Eğitim durumlarına göre dağılım ise: 49'u ilkököl (%37, 6), 25 si ortaokul (%19.2), 34'ü lise (%26.2) lise 22'si yüksek okul (16.9) mezunu şekildeydi. Kontrol gruplarının eğitim durumları dağılımı ise: 40'i ilkököl (%66, 6), 14'ü ortaokul (%23.4), 6'si ise (%10) ilkököl eğitilmiş şekildeydi.

Deney ve Kontrol gruplarının sigara içme alışkanlıklarına göre yaş, boy, kilo ortalama sigara içme yıllarına göre ortalama acide

Tablo 1' ve tablo 2'de SFT Sonuçları ise tablo 3. 4'de görülmektedir.

Tartışma ve sonuç: Meslek hastalıkları açısından tozlu ve dumanlı işyeri ortamları çalışanın sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, toz ve dumana maruziyet ile oluşan meslek hastalıklarının kontrol altına alınabilmesi için bu tür işlerde çalışanlarda işe-giriş ve periyodik muayenelerin yapılması ve koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu tür işlerde risk faktörüne yönelik incelemelerin başında belirli aralarla çekilen akciğer grafileri ve yapılan SFT değerlendirmeleri gelmektedir. Taşınabilir el spirometrelerin yaygın olarak kullanılması ile geniş saha taramaları kolaylıkla yapılabilmekte, risk taşıyan gruplar kolaylıkla taranarak tespit edilebilmektedir (7, 19).

FVC, FEV1, FEV1/FVC%, FEF₂₅₋₇₅ %, PEF%, değerleri solunum yollarını değerlendirmek amacı ile kullanılan başlıca parametrelerdir. Akım volüm eğrisinden bu değerler elektronik spirometrelerde kolaylıkla ve güvenilir olarak saptanabilmektedir (7).

SFT: yaş boy ve cinsiyet farklılığından önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu nedenle FEV1 değeri dışındaki FVC, FEV1/FVC, FEF₂₅₋₇₅ PEF, parametrelerinin beklenen değerlere göre yüzdeleri alınarak yaş boy cinsiyet farklılıklarının elimine edilmesi sağlanmıştır. Böylece tüm bireyler için objektif değerlendirmeye gidilmiştir (6, 2).

Ereel ve ark. araştırmada kullanılan bilgisayarlı spirometre ve sulu spirometre ile aynı kişilerde aynı ölçümleri tekrarlamış, iki ölçü cihazı arasında el spirometresinin güvenilirliği açısından sulu spirometre ile SFT parametreleri arasında güçlü ilişkiler bulunmuşlardır (8).

Gu ve ark. ise itfaiye işçilerinde sağlık zararlarını tespit için 168 itfaiye işçisini 40 saat süren yangından sonra değerlendirmişler. Değerlendirmede göz yanması mukoz membran şikayetlerinin çok fazla olduğunu tespit etmişler, sigara içen itfaiye erlerinde, sigara içen kontrollere göre SFT değerlerinden FEV1, FEV1/FVC ve akım hızlarından MMF, FEF %25, FEF %75'de önemli düşüşler kaydetmişlerdir (1).

Chia ve ark. 20 itfaiye eri üzerinde yaptığı araştırmada uzun süre dumana maruz kalanlarda yeni işe girenlere oranla solunum fonksiyon testi sonuçlarında küçük değişiklikler saptamışlardır (3).

Brandt ve ark. 37 itfaiye eri üzerinde yaptıkları araştırmada operasyon öncesi ve operasyon sonrası FEV1, FVC değerlerinde anlamlı fark bulamadılar. 37 itfaiye erinde gerekli koruyucu maske kullandıklarını ve zararlı bir etkinin oluşmadığını tespit ettiler. Operasyona katılan çalışanları koruyucu maske takan ve takmayan olarak iki gruba ayırdıkları zaman, koruyucu maske kullanmayan 14 kişide operasyon sonrasında FEV1 ve FVC değerlerinde anlamlı azalmalar tespit etmişlerdir (15).

Rosenstock ve ark. 1945-1980 yılları arasında çalışan itfaiye erleri üzerinde 886 ölüm vakası tespit etmişler. 1 Ocak 1984'e kadar Amerika Birleşik Devletleri popülasyonu ile karşılaştırdıkları zaman, tüm sebeplerden ölümlerde SÖO=82 (Standardize Ölüm Oranı), non malignant solunum hastalıklarında SÖO=88 bulmuşlardır. Bu sonuçları polis ve itfaiye eri sonuçları ile karşılaştırdıklarında tüm sebeplerden ölümlerde SÖO=82, non malignant solunum sistemi hastalıklarından ölümlerde ise SÖO=141 bulmuşlardır. Non malignant solunum hastalıklarında SÖO'nun toplumun eğiliminden yüksek olmasını, yangın söndürme işleminde çalışmaya atfetmişlerdir. (10).

Eliopoulos ve ark. Batı Avustralya'da 990 itfaiye erinde ölümleri incelemiş, tüm sebeplerden ölümleri beklenen ölümlerden az bulmuşlardır (11).

Tashkin ve ark. 21 itfaiye çalışanını bir ay süren polivinilklorür yangınından sonra kontrolden geçirmişler, İtfaiyede çalışmayan bir grup ile eşleştirdikten sonra, solunum yolu semptomlarının ve spirometrik ölçümlerin kontroller ile benzer olduğunu gördüler. Bu sonuçlardan kronik duman maruziyetinin solunum fonksiyonları üzerindeki etkisinin çok açık olmadığını vurgulamışlardır (17).

Loke ve ark. 54 itfaiye çalışanında (32 sigara içen 22 sigara içmeyen) dumanın akut ve kronik etkilerini araştırmak için yaptıklarını araştırmada, itfaiye çalışanlarında sigara alışkanlığının hava yolu obstrüksiyonunda majör bir etken olduğunu göstermişlerdir. Sigara içmeyen 5 kişide uç hava yolları obstrüksiyonu tespit etmişlerdir. İtfaiye çalışanlarında küçük hava yolları hastalıklarının anlamlılığının kronik olarak maruziyetlerde uzun süreli çalışmalar ile açıklanabileceğini ve akut maruziyetlerin irreversibl pulmoner hasar ile ilişkili olduğunu açıklamışlardır (18).

Gustavson ve ark. yaptıkları kohort çalışmasında 5.464 İsveç baca işçisinde 1918-1980 yılları arasında istatistikleri değerlendirdiklerinde: 540 beklenen ölüme karşılık 717 ölüm gözlemişlerdir. Akciğer kanseri mortalitesinin anlamlı bir şekilde arttığını ve çalışma yılı ile korele olduğunu görmüşlerdir. Bu ölümlerdeki artış çevrede yanan maddelere maruziyete atfetmişlerdir (12).

Horsfield ve ark. 96 itfaiye erini ve 69 gönüllü kontrolü 4 yıl süre ile takip etmişler, izlenen süre içerisinde hem kontrol hem de deney grubu içerisinde bazı solunum fonksiyon parametrelerinde (FVC, FEV1, PEF) bozulmalar tespit etmişlerdir. İtfaiye işçilerinde SFT değerlerindeki düşüşlerin çok düşük olduğunu görmüşlerdir. Bu sonucu iyi bir eğitime ve uygun koruyucu maskelerin düzenli kullanımına bağlamışlardır (16).

Large ve ark. 60 itfaiye çalışanını araştırma kapsamına almış, maruziyetten sonraki ölçümleri 22 kişi üzerinde gerçekleştirmiş, maruziyetten sonraki tüm spirometrik değerlerde azalma olduğunu tespit etmişlerdir. İstatistiksel olarak %3 ve %11 düzeyinde azalan anlamlı iki parametrenin FEV1 ve FEF₂₅₋₇₅ olduğunu açıklamışlardır (13).

Çalışmamızda sigara kullanan itfaiye çalışanlarında, sigara kullanan sağlıklı kişilere göre SFT'de FEV1/FVC% değerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüşler bulunmuştur. Yine aynı şekilde sigara içmeyen itfaiye işçilerinde, sigara içmeyen sağlıklı kişilere göre SFT'de FEV1/FVC%, PEF%, FEF₂₅₋₇₅, parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüşler elde edilmiştir. Kullanılan prediktif değerler ERS (European Respir. Society) değerleridir.

Sigara içmenin mesleki olarak dumana maruziyetten oluşabilecek obstrüktif eğilimleri hızlandırdığı görülmektedir

Sigara içen ve sigara içmeyen itfaiye grubunda kontrol grubuna göre bulunan istatistiksel olarak anlamlı düşüşler fizyolojik sınırlar içindedir, henüz patolojik değerlere inmemiştir. Sonuçların fizyolojik sınırlar içinde olması çalışanların 3 günde bir 24 saatlik nöbetle görev almalarına, dinlenme süresinin maruziyet süresinin 2 katı kadar bir süre olmasına ve son yıllarda geliştirilen hava maskelerinin yaygın kullanılmasına bağlanabilir.

Her ne kadar bulunan düşüşler patolojik düzeye inmemiş olsa bile, oluşabilecek meslek hastalıklarının önüne geçilebilmesi için, bu tür işlerde çalışanlara işçilere iyi bir eğitim verilmeli, periyodik muayeneleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve çalışma yıllarının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 1: Sigara içen itfaiye işçileri ve sigara içen kontrol grubunun yaş, boy, kilo, sigara içme miktarları ve çalışma yılları.

Parametreler	Sigara içen itfaiye işçileri (n=100)	Sigara içen kontrol(n=30)	t	p
Yaş (Yıl)	36.21 ± 5.64	34.90 ± 9.54	t=0.70	p>0.05
Kilo	81.03 ± 10.13	76.76 ± 9.43	t=2.13	p<0.05
Boy(cm)	174.68 ± 6.32	173.03 ± 5.79	t=1.33	p>0.05
Sigara içme yılı	16.09 ± 7.16	14.23 ± 8.22	t= 1.11	p>0.05
Ort. Sigara adet (günde)	18.90 ± 8.32	16.76 ± 6.25	t=1.51	p>0.05
Çalışma Yılı	16.09 ± 7.16	14.23 ± 8.22	t=1.11	p>0.05

Tablo 2: Sigara içmeyen itfaiye işçileri ve sigara içmeyen kontrol grubunun yaş, boy, kilo ve çalışma yılları.

Parametreler	Sigara içmeyen itfaiye işçileri (n=30)	Sigara içmeyen kontrol(n=30)	t	p
Yaş (Yıl)	33.77 ± 9.70	29.90 ± 7.56	t= 1.72	p>0.05
Kilo	80.03 ± 9.98	73.83 ± 7.38	t=2.73	p<0.05
Boy(cm)	174.60 ± 5.78	172.56 ± 4.55	t=1.51	p>0.05
Çalışma Yılı	10.60 ± 8.97	8.66 ± 5.65	t=1.02	p>0.05

Tablo 3: Sigara içen itfaiye işçileri ve sigara içen kontrollerde SFT sonuçları.

Parametreler	Sigara içen itfaiye işçileri (n=100)	Sigara içen kontrol (n=30)	t	p
FVC(%)	107.75 ± 14.45	103.32 ± 12.2	t=1.66	p>0.05
FEV1(ml)	3900 ± 620	3820 ± 537	t=0.68	p>0.05
FEV1/FVC(%)	92.66 ± 10.07	96.87 ± 7.26	t=2.77	p<0.01
PEF(%)	71.24 ± 0.57	71.81 ± 18.61	t=1.83	p>0.05
FEF ₂₅₋₇₅ (%)	84.76 ± 19.28	85.90 ± 15.50	t=2.50	p<0.05

Tablo 4: Sigara içmeyen itfaiye işçileri ve sigara içmeyen kontrollerde SFT sonuçları.

Parametreler	Sigara içmeyen itfaiye işçileri (n=30)	Sigara içmeyen kontrol (n=30)	t	p
FVC(%)	110.14 ± 17.64	110.50 ± 9.59	t=1.40	p>0.05
FEV1 (ml)	4190 ± 830	4200 ± 560	t=0.05	p>0.05
FEV1/FVC(%)	96.35 ± 11.61	103.42 ± 15.17	t=2.02	p<0.01
PEF(%)	77.01 ± 22.44	89.64 ± 22.70	t=2.16	p<0.001
FEF ₂₅₋₇₅ (%)	94.33 ± 20.35	105.68 ± 19.04	t=2.23	p<0.001

KAYNAKLAR

1. Gu-Ti., Liou Sh., Hsu Ch., Hsu Jc., Wu Tn: Acute health hazards of firefighters after fighting a department of store. *Ind Health*. 1996; 34 (1): 13-23
2. Lazslo G.: European standardts for lung function testing: 1993 update. *Thorax*. 1993; 48; 873-876.
3. Chia K.S., Jeyaratnam J., Chan T., Lim T.K.: Airway responsiveness of firefighters after smoke exposure. *Br. J. Ind Med*. 1990; 47; 524-527.
4. Peat J.K., Woolcock A.J., Cullen K.: Decline lung function and development of chronic airflow limitation: a longitudinal study of non smokers and smokers in Busselton, Western Australia. *Thorax*. 1990; 45; 32-37.
5. Knudson R.J., John E.C.C.P., Bloom W., Dwyn E.K.: Subclinical effect of smoking. *Chest*. 1984 (1); 20-29.
6. Ergün A., Yardımcı S., Yavuzer S., Delibaşı T.: Sigara içiminin solunum fonksiyon testleri üzerine akut ve kronik etkileri. *Yeni Tıp Dergisi*. 1996; 13 (6); 378-381.
7. Bayındır İ., Uçan E.S., Derebek E., İkiz F.: Kronik pasif sigara inhalasyonunun zirve akım hızına etkisi. *Solunum Cild II*. 1986. 15-19 Eylül kongre bildirileri.
8. Erelel M., Kıyan E., Çuhadaroğlu Ç., Ece T., Tabak L., Arseven A., Erkan F.: Taşınabilir el spirometreleri ile solunum fonksiyon testleri: TÜSAD XXIV Ulusal Kongresi. 8-11 Haziran 1997. İstanbul.
9. Lange P., Groth S., Nyobe J., Mortensen J., Allpeyard M, Jensen G Schnohr. Decline of the lung function related to the type of tobacco smoked and inhalation. *Thorax*. 1990; 45:32-37.
10. Rosenstock L., Demers, P., Heyer NJ., Barnhart S.: Respiratory mortality among fire fighters: *Br. J. Ind Med*. 1990; 47; 462-465.
11. Eliopoulos E., Armstrong B.K., Spickett J.T., Heyworth F.: Mortality of fire fighters in Western Australia. *Br. J. Ind. Med*. 1984; 41; 183-187.
12. Gustavsson P., Gustavsson A., Hogstedt C.: Excess mortality among Swedish chimney sweeps. *Br. J. Ind Med*. 1987; 44; 738-743.
13. Large A.A., Owens G.R., Hoffmann L.A.: The Short-term Effect of Smoke Exposure on Pulmonary Function of Firefighters. *Chest* 1990; 97: 806-809.
14. Terrill J.B., Montgomery R.R., Reinhard C.F.: Toxic Gases from Fires. *Science* 1978; 200; 1343-1347.
15. Brandt R., Cosman B., Fallon J.R. F. Tarantini T., Idema C.: Health hazards of firefighters: acute pulmonary effect after toxic exposures. *Br. J. Ind. Med*. 1989; 46; 209-211.
16. Horsfield K., Guyatt A. R., Cooper F.M., Buckmann M.P., Cumming G.: Lung function in West Sussex Firemen: a four year study. *Br. J. Ind. Med*. 1988; 116-121.
17. Tashkin D.P., Genovesi M.G., Chopra S., Coulson A., Simmons M.: Respiratory Status of Los Angeles Firemen. *Chest*. 1990; 71; 445-449.
18. Loke J., Farmer. W., Matthay R.A., Putman C.E., Smith W., Acute and Chronic Effects of Fire Fighting on Pulmonary Function. *Chest*. 1980; 77; 369-373.
19. Akbulut T.: İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları: İstanbul. Sistem Yayıncılık 1996.

KÜÇÜK ve ORTA ÖLÇEKLİ İŞYERLERİNDE İŞYERİ DURUM SAPTAMA ÇALIŞMASI

Prof. Dr. Nazmi BİLİR, Dr. Ali Naci YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Küçük ve orta ölçekli işletmeler için işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmet modeli geliştirmek üzere, bu tür işyerlerinin yoğun olarak bulunduğu Ankara Siteler Bölgesinde yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır. Durum saptama çalışmasının yapıldığı araştırma kapsamındaki 250 işyerinde toplam olarak 620 işçi çalışmaktadır. Çalışanların 120'si (%19.5) 18 yaşından küçüktür. %39.8'i sigortasız çalışmaktadır. İşyeri ortam koşulları ile sağlık ve güvenlik önlemlerinin değerlendirilmesi amacı ile puanlama yapılmıştır. İşyeri ortam koşulları bakımından bütün koşullar olumsuz olması durumunda toplam 28 puan olmaktadır ki çalışanların üçte biri (204 işçi, %32.8) 26-28 puanı olan işyerlerinde çalışmaktadır. Çalışanların tamamına yakın bir bölümünün (%98.8) en az 16 puanlı ortamlarda çalışmakta olduğu saptanmıştır. Sağlık ve güvenlik önlemleri bakımından bütün koşulların olumsuz olması durumunda toplam puan 36 olmaktadır. Çalışanların yaklaşık olarak üçte biri (%62.1) olumsuz puanı 21 ve daha yüksek olan işyerlerinde çalışmaktadır.

SUMMARY

It is a cross sectional type of study to develop a labor health and safety service model for middle and small sized working places in Ankara Siteler District in which those working places are intensely present. In the 250 working places a baseline study is done where 620 people are employed. 120 of the workers (19.5%) are younger than the age of 18, 39.8% of the workers are without insurance. Scoring is done for the evaluation of working conditions and health and safety measures. When all the conditions are bad regarding the working places, total score is 28 and 204 worker (32.8%) work in the 26-28 scored places. It is found out that almost all of workers (98.8%) work at least 16 scored places. Total score is 36 in the case of all conditions are bad regarding the health and safety measures. Nearly one third of the workers (62.1%) work in 21 scored and worse scored working places.

Giriş: Ulusal ve uluslararası düzeylerde kabul görmüş bir sınıflama olmamasına karşın çalışan sayısının 50 nin altında olduğu işyerleri küçük ve orta ölçekli işyerleri olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 1994 verilerine göre ülkemizdeki 421.266 işyerinin %97'si (410.372 işyeri) elliden az işçinin çalışmakta olduğu işyerlerdir. SSK kapsamında çalışmakta olan 3.596.469 işçinin de %46'sı (1.736.460 işçi) bu işyerlerinde çalışmaktadır. Çalışan işçi sayısının 10'dan az olduğu işyerleri, toplam işyerlerinin %87.4'ünü oluşturmaktadır. İşyerlerinin ve çalışan işçilerin bu dağılımı göz önünde tutulduğunda, Türkiye genelinde hem işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerine yönelik çalışmalar, hem de çalışma mevzuatı, sanayide 50 ve daha çok sayıdaki işçinin çalışmakta olduğu işyerleri ile ağır ve tehlikeli işlerin yapıldığı işyerlerini kapsamaktadır. Böylece küçük ve orta ölçekli işletmeler yasalar tarafından sağlık ve güvenlik hizmetleri kapsamı dışında tutulmaktadır. Bu işyerlerinde çalışanların önemli bir bölümünün de SSK kapsamında olmadığı dikkate alındığında, faal işgücü arzının büyük bir kısmı sağlık ve güvenlik hizmetlerinden yoksun kalmaktadır. Oysa özellikle küçük ve orta ölçekli işletmeler, sağlık ve güvenlik sorunlarının görece olarak daha fazla yaşandığı ortamlardır. Bu yüzden bu işyerlerinde durum değerlendirilmesi yapılmalı ve ortaya çıkacak gereksinimlere göre uygun bir "işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmet modeli" geliştirilmelidir.

Küçük ve orta ölçekli işyerleri için sağlıklı bir gelişme, bu işyerlerinin sanayi siteleri ve organize sanayi bölgelerinde toplanmalarıdır. Organize sanayi bölgeleri hem işyerinin fizik koşulları ve donanımı (hacim, elektrik donanımı, atıkların uzaklaştırılması vb), hem de sağlık ve güvenlik hizmetleri bakımından önemli kolaylıklar sağlamaktadır.

Amaçlar: Küçük ve orta ölçekli işletmeler için işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmet modeli geliştirmek üzere, bu tür işyerlerinin yoğun olarak bulunduğu bir bölgede durum saptama çalışması yapmak.

Materyal Metod:

Araştırmanın tipi: Kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır (Durum saptama çalışması).

Araştırma bölgesi: Ankara Siteler Bölgesidir. Site yönetim kurulundan alınan bilgiye göre bu bölgede faaliyet gösteren 15.000 işyeri bulunmaktadır.

Araştırmanın evreni: Siteler bölgesinde faaliyet gösteren 15.000 işyeridir.

Örnek seçimi: Araştırmada örnek sayısı 250 olarak hesaplanmış, işkollarına göre tabakalama yapılmıştır.

Araştırmanın yöntemi: Araştırmanın uygulama yöntemini belirlemek için bölgede mevcut 14 dernek, meslek odası ya da kooperatifin başkanları ya da yöneticileri ile görüşmeler yapılmıştır. Araştırma bilgileri halk sağlığı ve iş sağlığı alanında mezuniyet sonrası eğitimi almış olan iki doktor tarafından gözlem ve gereken durumlarda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Araştırma Mayıs 1994-Ağustos 1995 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmada işyeri ortam koşulları ile sağlık ve güvenlik önlemlerinin değerlendirilmesi amacı ile puanlama yapılmıştır (Tablo 1 ve 2). Bu puanlamaya göre bütün koşulların olumsuz olması durumunda toplam puan 64 olmaktadır.

Bulgular ve Tartışma: Ankara Siteler Bölgesi'nde 250 işyeri ziyaret edilerek işyeri durum saptama çalışması yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki 250 işyerinde toplam olarak 620 işçi çalışmaktadır. Çalışanların 120'si (%19.5) 18 yaşından küçüktür. İşçilerin %39.8'i (247 kişi) sigortasız çalışmaktadır. Sigortalıların %52.0'si tedavi edici sağlık hizmetini SSK dan değil, diğer sağlık birimlerinden almaktadır.

Bölgede içme ve kullanma suyu, elektrik, yol koşulları kısmen yeterli, kanalizasyon durumu ise yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Bölgede imalata yönelik işyerlerinin hemen tamamı ağaç işkolunda olup genellikle imalatın tek bir aşamasında faaliyet göstermektedir. İşyerlerinin %34.4'ü mobilya-lake (sıcak pres, mobilya satışı, mobilya imalat, polyestier-boya, dekorasyon vd) işleri, %26.2'si marangozluk (kereste ticaret, doğrama, sandalye imalat, ağaç torna, iskelet imalat, dekorasyon vd), %7.9'u da döşemecilik yapmaktadır. Bu üç temel meslek dalı dışında kalan işyerleri arasında sunta alım satımı gibi ağaç işkolu ile ilgili meslekler ve akü satışı, lokanta, nakliye, boya satışı, mobilya malzemesi satışı gibi sitede destek işlevi gören meslekler bulunmaktadır.

İşyerlerinin yarısından çoğu (%53.2) son 5 yıl içinde kurulmuştur. Bölgenin kurulmaya başladığı 1960'lardan bugüne faaliyet

gösteren işyeri sayısı toplamın %1.2'si kadardır. İşyerlerinin hepsi on kişiden az çalışanın bulunduğu yerlerdir. Beş ve daha az sayıda kişinin çalıştığı işyerleri, bütün işyerlerinin %95.6'sını oluştururken işyerlerinin üçte ikisinde (%61.2) iki işçinin çalışmakta olduğu saptanmıştır. İşyerlerinin büyük bölümünde (%83.2) bir ya da daha çok sayıda sigortasız çalışan vardır.

Fiziksel ortam koşulları işyerlerinde genellikle "sağlığa uygun değil" olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4). Fiziksel koşullar, 1992 Türkiye'nin değişik yörelerindeki 9 sanayi sitesinde yapılmış olan benzeri değerlendirmede bulunan değerlere göre daha olumsuzdur. Bu durum, Ankara Siteler Bölgesi işyerlerinin plansız kurulmuş olması şeklinde açıklanabilir. İşyeri ortam koşulları bakımından bütün koşulların olumsuz olması durumunda toplam 28 puan olmaktadır ki çalışanların üçte biri (204 işçi, %32.8) 26-28 puanı olan işyerlerinde çalışmaktadır. Çalışanların tamamına yakın bir bölümünün (%98.8) en az 16 puanlı ortamlarda çalışmakta olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırma kapsamındaki işyerlerinde sağlık ve güvenlik önlemleri bakımından da önemli eksiklikler vardır (Tablo 5). Gerek makina koruyucuları gerekse kişisel koruyucular işyerlerinin hemen hiçbirinde yeterli düzeyde değildir. İşyerlerinin ancak %9.2'sinde ilk yardım önlemleri, %16'sında da yangın önlemleri yeterli düzeydedir. İşyerlerinin yarısında ilkyardım önlemleri, %38.4'ünde de yangın önlemleri yoktur.

Sağlık ve güvenlik önlemleri bakımından bütün koşulların olumsuz olması durumunda toplam puan 36 olmaktadır. Çalışanların yaklaşık olarak üçte biri (%62.1) olumsuz puanı 21 ve daha yüksek olan işyerlerinde çalışmaktadır (Tablo 7).

İşyeri dışında ek faaliyetin yok denecek kadar az olması ve ek gelir getiren başka kaynaklarının olmaması küçük ve orta ölçekli işyerlerinde işverenin işyeri ile kader bağının güçlü olduğu görüşünü desteklemektedir. Başka gelirleri olmadığı için işyerinde işleri iyi gittiği sürece geçimini sağlayabilecektir. İşverenlerin %85.6 sı (214 kişi) işyerinin sahibidir, %14.4 ünün (36 kişi) ise ortağı vardır. Sağlık hizmeti gereksinimi halinde büyük ölçüde (%63.7) özel sağlık kuruluşları tercih edilmektedir. Çalışanların yalnızca %9.4'ü Bağ-Kur kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Küçük ve orta ölçekli işyerlerine yönelik kurulacak sağlık/güvenlik hizmet birimi, genellikle işçileri ile aynı iş ortamını paylaşan işverenler için de hizmet sunabilecektir.

İşyeri ortam koşulları puanları olarak değerlendirildiğinde mobilyacılar yapan 259 işçinin 127 tanesinin (%49), marangozluk yapan 146 işçinin 80'inin (%54.8), döşemecilik yapan 69 işçinin 51'inin (%73.9) ve diğer işlerde çalışan 146 işçinin 63'ünün (%43.2) 21-25 puanlı olan işyerlerinde çalışmakta olduğu bulunmuştur. Bütün mesleklerde çalışanları bir arada değerlendirildiğinde işçilerin yarısından çoğunun (%51.8) 21-25 puanlı olan işyerlerinde çalışmakta olduğu görülmektedir.

Sağlık ve güvenlik önlemleri bakımından ise 21-25 puanı olan işyerlerinde çalışanlar, yaklaşık üçte birlik (%31.3) bir bölümü oluşturmaktadır. Bu durum mobilyacılar da %37, döşemecilerde de %52'dir.

Çalışanların günlük çalışma süreleri de genellikle mevzuatın öngördüğü sürelerden uzundur. Bütün meslek gruplarında çalışan işçilerin %82'si günde 10 saat çalışmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Ankara Siteler Bölgesi'ndeki işyerlerinin hemen tamamı ağaç işkolunda faaliyet gösteren küçük ve orta ölçekli işyerleridir. Meslek dalı dağılımında ağaç işkolu çoğunlukla bir türe yönelik üretimde bulunan işyerleridir. İşyerlerinde işyeri ortam koşulları ve sağlık-güvenlik önlemleri önemli yetersizlikler vardır. Çalışanlar birinci basamak sağlık hizmeti gereksinimlerini değişik sağlık birimlerinden karşılamaktadırlar. Bölgede koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek amacı ile faaliyet gösteren bir hizmet birimi yoktur.

İşyerlerinin bir bölümünde çalışanların tümünün sosyal güvenceleri varken, bazı işyerlerinde çalışanların hiç birinin sosyal güvencesi yoktur. Bazı işçiler bir işyerinde sigortalı çalışmakta iken işyeri değişikliği olduğunda sigorta kapsamında çıkma olduğu gözlenmektedir. Sağlık güvenlik birimi için yapılacak bir düzenleme bakımından bu durum önemlidir. Çalışanların sosyal güvenceli çalışmalarını teşvik edilmelidir.

Çalışanların eğitim düzeyi düşüktür, erken yaşta çalışma hayatına geçiş eğitim sürecini özellikle ilköğretim bitiminde sona erdirmektedir. Düzenli mesleki eğitim alanlar yetersiz düzeydedir. Çalışanların işyeri hatta işkolu değiştirmeleri sık görülmektedir. Günlük çalışma süreleri, tatil, dinlenme günleri yetersizdir. Beslenme yöntemleri düzensizdir. Çalışma dışı zamanlarında bedensel ve sosyal gelişmeleri için gerekli faaliyetlere katılım düzeyleri düşüktür. Sağlık hizmet gereksinimleri göstergesi olarak işe giriş ve aralıklı kontrol muayeneleri yaptırılanların sayısı çok düşüktür. Çalışma şartlarına bağlı olarak meslek hastalığı ve iş kazası geçirmektedirler. İş yerindeki sağlık güvenlik risklerinin saptanan düzeyde farkında değildirler.

Küçük ve orta ölçekli işletmelerin sağlık ve güvenlik düzeylerinin iyileştirilmesi çalışmaları başlatılmalıdır. Çalışan işçi sayısı kaç olursa olsun bütün işyerlerini ve bütün çalışanları kapsayan düzenlemeler yapılmalıdır. Düzenlemeler ilgili tarafların bir arada çalışmasını sağlayacak şekilde olmalıdır. İşletmelerin Küçük Sanayi Siteleri ve Organize Sanayi Bölgelerinde bulunmaları desteklenmelidir. Küçük ve orta ölçekli işyerlerine yönelik işçi sağlığı iş güvenliği hizmet modelinin geliştirilmesi ve çalışma mevzuatında yerini alması gerekmektedir.

Tablo 1. İşyeri Ortam Koşulları Puanlaması

İşyeri Ortam Koşulu	SAĞLIĞA UYGUN	SAĞLIĞA UYGUN DEĞİL	GEREKSİZ
Yerleşim/Tertip	1	2	0
Hacim	1	2	0
Havalandırma	1	2	0
Aydınlatma	1	2	0
Gürültü	1	2	0
Isısal Konfor	1	2	0
Kimyasal Etkenler	1	2	0
Elektrik Donanım	1	2	0
Ergonomik Koşullar	1	2	0
Akarsu	1	2	0
Banyo	1	2	0
Tuvalet	1	2	0
Soyunma Giyünme	1	2	0
Atıkların Uzaklaştırılması	1	2	0
Toplam Puan			

Tablo 2: İşyeri Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Puanlaması

İşyeri Sağlık Güvenlik Önlemi	Yeterli var kullanılıyor	Yeterli var kullanılmıyor	Var yetersiz	Yok	Gerekmiyor
İş Elbisesi	1	2	3	4	0
Eldiven	1	2	3	4	0
Gözlük	1	2	3	4	0
Güvenlik Ayakkabısı	1	2	3	4	0
İşitme Korumucusu	1	2	3	4	0
Maske	1	2	3	4	0
Yangın önlemleri	1	2	3	4	0
İlk yardım malzemesi	1	2	3	4	0
Makine koruyucusu	1	2	3	4	0
Toplam Puan					

Tablo 3: Ankara Siteler Bölgesinde İşyerlerinin Fiziksel Ortam Koşulları (Temmuz 1994)

Koşullar	Uygun		Değil		Gereksiz		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim tertip	109	43.6	141	56.4	-	-	250	100.0
Hacim	120	48.0	130	52.0	-	-	250	100.0
Havalandırma	61	24.4	189	75.6	-	-	250	100.0
Aydınlatma	54	21.6	196	78.4	-	-	250	100.0
Gürültü	102	40.8	147	58.8	1	0.4	250	100.0
Termal Konfor	85	34.0	165	66.0	-	-	250	100.0
Kimyasal Etken	58	23.2	149	59.6	43	17.2	250	100.0
Elektrik Donanımı	106	42.4	144	57.6	-	-	250	100.0
Ergonomik Koşullar	30	12.0	220	88.0	-	-	250	100.0
Çeşme Suyu	138	55.2	112	44.8	-	-	250	100.0
Banyo	14	5.6	236	94.4	-	-	250	100.0
Soyunma-giyinme	20	8.0	230	92.0	-	-	250	100.0
Tuvalet	75	30.0	175	70.0	-	-	250	100.0
Atık Uzaklaştırma	82	32.8	168	67.2	-	-	250	100.0

Tablo 5: Ankara Siteler Bölgesinde İşyerlerinin Sağlık Güvenlik Önlemleri (Yüzde Dağılım) (Temmuz 1994)

Kullanım Düzeyi	Makina Koruyucuları	Kişisel Eldiven	Koruyucular				Maske	İlk Yardım Önlemleri	Yangın Önlemleri
			Gözlük	İş Elbisesi	Güvenlik Ayakkabısı	İşitme Korumucusu			
Yeterli Var Kullanılıyor	0.4	-	-	19.6	-	-	0.8	9.2	16.0
Yeterli Var Kullanılmıyor	-	-	0.4	2.8	-	-	0.8	1.6	2.0
Var Yetersiz	4.8	0.4	1.2	14.4	-	-	0.8	40.4	43.6
Yok	47.2	82.4	56.0	61.2	2.0	52.0	36.8	48.8	38.4
Gerekmiyor	47.6	17.2	42.4	2.0	98.0	48.0	60.8	-	-
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 6: Ankara Siteler Bölgesi İşyerlerinin İşyeri Ortam Koşulları Puanlarına Göre İşçi Sayılarının Dağılımı (Temmuz 1994)

Toplam Puan	Sayı	%
0	-	-
1-5	-	-
6-10	-	-
11-15	1	0.2
16-20	94	15.2
21-25	321	51.8
26-28	204	32.8
Toplam	620	100.0

Tablo 7: Ankara Siteler Bölgesi İşyerlerinin İşyeri Sağlık Güvenlik Önlemleri Puanlarına Göre İşçi Sayılarının Dağılımı (Temmuz 1994)

Toplam Puan	Sayı	%
0	-	-
1-5	9	1.5
6-10	46	7.4
11-15	92	14.8
16-20	88	14.2
21-25	131	21.2
26-30	193	31.1
31-36	61	9.8
Toplam	620	100.0

KAYNAKLAR

- 1-Yıldız A.N.; Önal B.: Küçük ve Orta Ölçekli İşyerlerinde İşçi Sağlığı İş Güvenliği Sorunları Araştırması Raporu, Ankara, 1992
- 2-Çalışma Hayatı İstatistikleri, TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yayın no: 56, Haziran 1993
- 3-Bilir N.: Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yenice İş Sağlığı Merkezi 1980-1985 Çalışmaları Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Yayın no 86 /38, 1986
- 4-Müftüoğlu M.T.: Türkiye'de Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler, Ankara, 1991
- 5-Süzek S. İş Güvenliği Mevzuatı, Mayıs 1991

S6

**BESLENME
SAĞLIĞI**

FARKLI EĞİTİM DÜZEYİNDEKİ ÖĞRENCİLERİN HIZLI HAZIR (FAST FOOD) YİYECEK TÜKETİM DURUMLARININ ve ALIŞKANLIKLARININ SAPTANMASI

*Yrd. Doç. Dr. Nevin ŞANLIER, **Arş. Gör. Leyla ÖZGEN

*GÜ Mesleki Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi
**GÜ Mesleki Yaygın Eğitim Fakültesi Araştırma Görevlisi

ÖZET

Kolej ve Üniversite öğrencilerinin hızlı hazır yiyecek tüketim durumlarını ve alışkanlıklarını saptamak amacı ile Şubat-Mart 1997 tarihinde Ankara, TED ile Yükseliş Koleji ve Bilkent Üniversitesinde okuyan yaşları 17-24 arası öğrencilerin hızlı hazır yiyecek tüketim durumları ve alışkanlıkları değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda, hızlı hazır yiyecekleri tüketen 593 öğrencinin, KOÖ ve İOÖ hızlı hazır yiyecekleri lezzeti için tercih ederken, (106'sı, 84'ü). besin değeri için tercih etmediklerini. (15'i, 36'sı) fakat restoranları dekor ve atmosfer nedeniyle tercih ettiklerini, (81'i, 94'ü) ancak öğrenciler hızlı hazır yiyeceklerin doymuş yağ ve kolesterol yönünden kısıtlı olmadığını (120'si, 111'i) bildirmişlerdir.

Kolejde ve üniversitede okuyan öğrenciler daha çok hamburger (166'sı, 162'si), patates kızartması (118'i, 111'i) ve yaş pasta (72'si) yemeyi, coca cola (117'si, 120'si), nescafe (58'i, 46'sı) ve bira (58'i, 46'sı) içmeyi tercih ettikleri bulunmuştur.

KOÖ: Kolejde Okuyan Öğrenci
İOÖ: Üniversitede Okuyan Öğrenci

SUMMARY

DETERMINATION OF EDUCATIONAL LEVEL EFFECTS ON EATING HABITS AND FAST FOOD CONSUMPTION AMONG THE STUDENTS

Assistant Professor Dr. Nevin ŞANLIER*, Research Assistant Leyla ÖZGEN**

*Gazi University, Faculty of Vocational Education Assistant Professor.
**Gazi University, Faculty of Vocational Education Research Assistant.

This study is conducted to examine and determine eating habits and fast food consumption among college and university students. A sample of 17-24 years old at Bilkent University, TED and Yükseliş College has been studied.

As a result of the study 593 students' preference to consume fast food due to its taste or flavor was 106 for college students and 34 for university students, while university and college students' preference to consume fast food for its nutrition value was 15 and 36 for the two groups respectively.

Restaurant's decoration and its social atmosphere play attributive role and propose value of 81 and 94 in university and college students' consumption of fast food respectively. However healthy factors in fast food consumption such as saturated oil and cholesterol are revealed not to be a question or barriers for 120 of university students and 11 of college students. Beverages consumption of coca cola is 117 for college students and 120 for university students. University students coffee consumption is 58 and 46 for college students while 58 of college students prefer to drink beer only 46 of University student choice is beer.

Consumption of fast food such as hamburger sandwiches and French fried among college students is 166 and 118 and among university students is 162 and 120 respectively. Pastry consumption is 72 for both groups.

Özet: Günümüzde insanlar teknolojinin gelişmesi, kentleşme, yemek yapma isteklerinin azalması ve gençler arasında geleneksel aile öğünlerinin önemini yitirmesi gibi etmenler hızlı hazır (fast food) yiyecek denilen pratik ve ucuz yemek sistemini tercih etmeye başlamışlardır. Bu tür yiyecekler Türk mutfağına girmiştir. Ancak hızlı hazır yiyecekler beslenme açısından değerlendirildiğinde doymuş yağ içerikleri ve sodyum miktarları fazla, kalsiyum, A ve C vitamini, posa içeriği bakımından yetersizdir. Karsinojen yapıcı özelliği nedeniyle toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle araştırma, TED ile Yükseliş ve Bilkent Üniversitesinde okuyan öğrencilerin, hızlı hazır yiyecek ve içecek tüketim durumlarını ve beslenme alışkanlıklarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamına kolejde okuyan 294, üniversiteden 299 toplam 593 öğrenci alınmıştır. Yaşları 17-24 arası değişen farklı eğitim düzeyindeki öğrencilerin hızlı hazır yiyecek tüketim durumlarına ilişkin veriler tablolştırılıp istatistiksel değerlendirmeleri yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlar geleneksel Türk Mutfağına giren hızlı hazır yiyeceklerin hızla girdiğini göstermektedir. Öğrencilerin büyük kısmı bu tür yiyecekleri lezzetli olduğu için tercih ederken çok az öğrenci besin değeri düşük ve katkı ögesi olarak çeşitli maddelerin kullanılması sebebiyle tercih etmediklerini bildirmişlerdir.

Kolejde ve üniversitede okuyan öğrenciler daha çok hamburgeri (sırasıyla 166, 162), patates kızartmasını (118, 111) hafta içi ve yaş pastayı (72'si) hafta sonu yemeyi, coca cola (194, 190), nescafe (117, 120) hafta içi ve birayı (58, 46) hafta sonu içmeyi tercih ettikleri bulunmuştur.

Giriş ve Amaç: Beslenme, her yaş döneminde önemli olmakla birlikte yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük diyeti üç ana öğün şeklinde değilde sık sık ara öğünler şeklinde alınması daha faydalıdır.

Teknolojinin ilerlemesi, kentleşme, tek başına yaşayan bireylerin yemek yapma isteklerinin azalması ve gençler arasında geleneksel öğünlerin önemini yitirmesi gibi etkenler insanların beslenmelerine daha az zaman ayırmalarına ve geleneksel beslenme alışkanlıklarını değiştirerek hızlı hazır yemek sisteminin oluşmasına neden olmaktadır. Bu sistem batı ülkelerine özgü olduğu bilinse de ülkemizin geleneksel yemek kültüründe önemli yer tutmaktadır. Hızlı hazır yemek sistemi bu nedenle bir zorunluluk haline gelmiştir. Nasıl tarla ve bahçelerde çalışan insan öğle zamanı evine dönüp yemek yemiyor idiyse, büyük kentlerde evden uzak çalışan-

ların da 8 saatlik çalışma süresinin 2 saatini eve gidip gelme veya bir lokantada garson servisiyle yemek yemeye ayırma olanağı yoktur. Ayrıca öğle vakti yenen ağır yemeğin yarattığı uyku halinin zihin çalışmasındaki olumsuz etkisi de göz önüne alındığında hızlı hazır yemek sisteminin gerekliliği yadsınamaz (1, 2).

Ancak konu beslenme açısından değerlendirildiğinde; hamburger, döner ekme, kumpir, patates kızartması gibi yiyecekler hızlı hazır yemek sistemi türlerinde; sodyum, kolesterol ve doymamış yağ tüketimini fazla, kalsiyum, A ve C vitaminleri, posa içeriği bakımından yetersiz olduğu fakat kansinojen etmen taşıdığı görülmektedir. Bu durum insan sağlığını ve beslenmesini etkilemektedir (3-5).

Bu nedenle, bu araştırma, büyüme ve gelişme çağındaki kolej ve üniversite öğrencilerinin ayak üstü beslenme şeklinde bilinen hızlı hazır (fast food) yiyecek tüketim durumlarını ve alışkanlıklarını saptamak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Araştırma; Ankara'da yaşları 17-24 yaş arası olan TED ile Yükseliş kolejinden 294, Bilkent Üniversitesinden 299 toplam 593 öğrenci üzerinde yürütülmüştür.

Öğrencilerin hızlı hazır (fast food) yiyecekleri tüketme, tercih etme/etmeme hızlı hazır yiyecek tüketilen restoranlara gitme nedenleri, en çok tüketilen yiyecek türleri hızlı hazır yiyeceklerin sağlığı etkilemesi konusundaki bilgilerinin tesbitinde araştırmacı tarafından anket formu uygulanarak veriler toplanmıştır.

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde chi (χ^2) önemlilik testi uygulanmıştır. Öğrencilerin hızlı hazır (fast food) yiyecek tüketim durumlarına ve alışkanlıklarına ilişkin veriler, tabiolarla istatistiksel değerlendirmeleri yapılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Farklı eğitim düzeyindeki öğrencilerin hızlı hazır yiyeceği tercih etme nedenlerinin önem sırasına göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo -1. Farklı Eğitim Düzeyindeki Öğrencilerin Hızlı Hazır Yiyeceği Tercih Etme Nedenlerinin Önem Sırasına Göre Dağılımları (Sayı Olarak)

Hızlı hazır yiyeceklerin tercih edilme nedenleri	-KOO (n: 294)			Toplam (n: 294)			+ÜOO (n: 299)			Toplam (n: 299)		
	1°	2°	3°	S	χ^2	P	1°	2°	3°	S	χ^2	P
Karın doyurucu olduğu için												
Her zaman tüketir	04	29	67	130	30.94	**	41	35	73	149	66.85	**
Hiç tüketmez	19	9	8	36			20	9	-	29		
Lezzetli olduğu için												
Her zaman tüketir	106	36	13	155	32.43	**	84	54	7	145	61.89	**
Hiç tüketmez	27	13	10	50			20	17	14	51		
Yiyecekler birden fazla katkı maddesi içerdiği için												
Her zaman tüketir	-	5	13	18	Fisher	**	-	17	7	24	0.518	*
Hiç tüketmez	8	-	5	13			-	9	10	19		

* P > 0.05, ** P < 0.05, -KOO: Kolejde okuyan öğrenci, +ÜOO: Üniversitede okuyan öğrenci

Tablo -1'de görüldüğü gibi Kolejde okuyan öğrencilerin (KOO) ve Üniversitede okuyan öğrencilerin (ÜOO) hızlı hazır yiyeceği önem sırasına göre tercihlerinde lezzetli olduğu (106'sı, 84'ü) ve karın doyurucu olması (67'si, 73'ü) nedeniyle her zaman tükettikleri tesbit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (p<0.05). Yapılan bir çalışmada tüketicilerin kafeteryada yiyecek tercihlerinde bireylerin %42.86'sinin sevilen yiyecek, %32.86'sinin karın doyurucu, %22.32'sinin ucuz olması ve %10.71'inin de kilo aldirmaması nedeniyle hızlı hazır yiyecekleri tercih ettikleri bulunmuştur (6). Ancak öğrenciler yiyeceklerin sadece lezzetli ve karın doyurucu olmasına dikkat ettikleri bu nedenle yeterli ve dengeli beslenmeye önem vermeleri ifade edilmelidir. Öğrencilerin hızlı hazır yiyecekleri tercih etmeme nedenleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo - 2. Farklı Eğitim Düzeyindeki Öğrencilerin Hızlı Hazır Yiyecekleri Tercih Etme Nedenlerinin Dağılımları Sayı Olarak)

Hızlı hazır yiyeceklerin tercih edilmeme nedenleri	KOO (n: 294)			+ÜOO (n: 299)			Toplam (n: 593)			χ^2	P
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°		
Yiyeceklerin içinde katkı maddesi olduğu için	8	5	18	-	16	17	8	21	35		*
Besin değeri düşük olduğu için	15	12	5	36	3	10	51	15	15	12.7	**
Doyurmadığı için	-	5	5	13	7	7	18	12	20		*
Yiyecekler pahalı olduğu için	12	5	-	6	10	-	18	15	-	3.74	*
Temiz hazırlanmadığı için	5	9	4	7	7	9	12	16	13	5.7	*

* P > 0.05, ** P < 0.05

Tablo 2'de görüldüğü gibi öğrencilerin, 51'i besin değeri düşük olduğundan, 21'i yiyeceklerin içerisinde birden fazla katkı maddesi kullanıldığından ve 13'ü yiyecekler temiz hazırlanmadığından hızlı hazır yiyecekleri tercih etmedikleri saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur. (p>0.05). Yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %11.1'inin hızlı hazır yiyecekleri sağlıksız olduğu için, %4.4'ü hoşlanmadığı ve pahalı olduğundan tükemediklerini tespit ederken (7), bir başka çalışmada da bireylerin %18.9'unun hızlı hazır yiyeceklerin besin değeri düşük olduğu için tercih etmediklerini saptamıştır (8). Ancak hızlı hazır yiyeceklerin besin değeri ve sanitasyonu konusunda önce tüketici sonrada üretici bilinçlendirilirse hızlı hazır yiyecek hazırlayan restoranların menülerinin yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine uygun hazırlanması sağlanabilir.

Öğrencilerin hızlı hazır restoranları tercih etmelerinde etkili olan nedenler Tablo -3'de verilmiştir.

Tablo - 3. Öğrencilerin Hızlı Hazır Restoranları Tercih Etmelerinde Etkili Olan Nedenlerin Dağılımı (Sayı Olarak)

Hızlı hazır restoranların tercih edilme nedenleri	KOÖ (n: 294)		ÜOÖ (n: 299)		Toplam (n: 593)		X ²	P
	S	S	S	S	S	S		
Yiyeceğin kalitesi	136	132	268	0.266	*			
Dekor ve atmosfer	81	94	175	1.076	*			
Servis hızı	145	150	295	0.042	*			
Servisin elemanlarının dostça ve kibarca davranmaları	51	52	103	0.000	*			
Gidilen hızlı restoranların tanınmış olması	43	49	92	0.351	*			
Her zaman aynı kalitede hizmet vermesi	130	154	204	3.51	*			
Yiyeceğin pratik olması	34	42	76	0.817	*			

* P > 0.05

KOÖ ve İOÖ hızlı hazır yiyecek hazırlayan restoranları servis hızından (145'i, 150'si) dekor ve atmosferden (81'i, 94'ü) ve hızlı hazır yiyecek tüketiminin pratik olmasından (34'ü, 42'si) tercih ettikleri saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Yapılan bir çalışmada gençlerin %81.12'si hızlı hazır restoranları yiyeceğin kalitesine, %80'inin dekor ve atmosfer ile gittikleri yerin popüler olması nedeniyle tercih ettiklerini saptamışlardır (9). Sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Öğrencilerin hızlı hazır yiyecek tüketilen yerleri tercih etme nedenlerinin önem sırasına göre dağılımları Tablo -4'te verilmiştir.

Tablo - 4. Farklı Eğitim Düzeyindeki Öğrencilerin Hızlı Hazır Yiyecek Tüketilen Yerleri Tercih Etme Nedenlerinin Önem Sırasının Dağılımı (Sayı Olarak)

Hızlı hazır yiyecek tüketilen yerlere gitmede etkili nedenler	KOÖ (n: 294)			ÜOÖ (n: 299)			Toplam (n: 593)		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Boş zamanlarını değerlendirme isteği	14	27	21	14	23	7	28	50	28
Eğlenme	19	66	76	21	48	76	40	114	152
Değişik bir ortamda bulunma isteği	37	49	59	41	53	49	78	102	108
Arkadaşlarıyla birlikte zaman geçirme	168	56	14	147	68	17	315	124	31
Aile ile birlikte zaman geçirme	-	22	-	-	14	-	-	36	-
Yeni arkadaşlıklar edinme	-	-	13	-	3	7	-	3	20
Özel günü kutlama (yıl sonu partileri, doğum günü)	9	5	27	10	10	33	19	15	60
Restoranta zaman geçirme	57	9	-	75	75	7	-	16	-

Tablo -4'te görüldüğü gibi öğrencilerin hızlı hazır yiyecek tüketilen yerlere gitmeyi önem sırasına göre birinci derecede öğrencilerin 315'i arkadaşlarıyla birlikte zaman geçirmek, ikinci derecede 114'ü eğlenmek üçüncü derecede ise 20'si yeni arkadaşlıklar edinme istediğinden dolayı tercih ettikleri bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %49'u arkadaşlarıyla olmak, %39'u değişiklik için, %23'ü alıştığı için, %21'i eğlenmek için, %19'u yemek hazırlamadığı için %13'ü yeni ürünler denemek ve %3'ü de hızlı hazır yiyecekler daha ucuz olduğu için hızlı hazır restoranlara gittikleri saptanmıştır (10). Sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Öğrencilerin en çok tükettikleri hızlı hazır yiyeceklerin dağılımları: Tablo -5'te verilmiştir.

Tablo - 5. Öğrencilerin En Çok Tükettikleri Hızlı Hazır Yiyeceklerin Dağılımları (Sayı Olarak)**Tablo - 5. Öğrencilerin En Çok Tükettikleri Hızlı Hazır Yiyeceklerin Dağılımları (Sayı Olarak)**

Besin Türleri	KOÖ (n: 294)			ÜOÖ (n: 299)			Toplam (n: 593)			X ²	P
	Hiç tüketmez	Hafta içi	Hafta sonu	Hiç tüketmez	Hafta içi	Hafta sonu	Hiç tüketmez	Hafta içi	Hafta Sonu		
	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Hamburger	37	166	91	47	162	90	84	328	181	1.202	*
Döner	95	158	41	111	141	47	206	299	88	18.894	**
Pizza	133	53	108	142	65	92	275	118	200	2.752	*
Patates kızartması	137	118	39	159	111	29	296	229	68	3.277	*
Yaş Pasta	166	56	72	202	56	72	368	112	113	11.984	**
Kek	239	33	22	225	47	27	464	80	49	3.340	*
Dondurmalı pasta	272	10	12	285	14	-	557	24	12	12.929	**
Vianetta	236	28	30	250	34	15	486	62	45	5.942	**
Coca cola	87	194	13	103	189	7	190	383	20	3.170	*
Çay	99	169	26	127	151	21	226	320	47	4.971	*
Nescafe	151	117	26	164	120	15	315	237	41	3.483	*
Su	79	206	9	93	198	8	172	404	17	1.314	*
Bira	209	27	58	232	21	46	441	48	104	3.292	*

* P > 0.05, ** P < 0.05

Tablo 5'te görüldüğü gibi KOÖ'nin ve İOÖ'nin hızlı hazır yiyeceklerden sayılan hamburgerden (166'si, 162'si), dönerden (158'i, 141'i), patates kızartmasından (118'i, 111'i) hafta içi, pizzadan (108'i, 92'si) hafta sonu tükettikleri hatta diğer hızlı hazır yiyeceklerin de tüketiminin fazla olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan hamburger, patates kızartması, pizza tüketiminde anlamsız (p>0.05), döner tüketiminde anlamlı olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sosyo ekonomik düzeyi yüksek öğrencilerin hergün veya gınaşırı hamburger ve patates kızartması tüketiminin yüksek olduğu ifade edilmiştir (11). Öğrencilerin tatlı tüketimleri için her iki gruptaki öğrencilerden yaş pastayı (72'si) hafta sonu, kekten (33'ü, 80'ni), dondurmalı pastadan (10'u, 14'ü) ve vianettadan (28'i, 34'ü) hafta içi tükettikleri tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan kekte anlamsız (p>0.05), yaş pasta, dondurmalı pasta ve vianettada anlamlı olarak bulunmuştur (p<0.05). Yapılan bir çalışmada, tatlıların sevilen yiyecek olduğu ancak dış çürüklerine neden olan boş kalori kaynağı olduğundan sütü tatlılar ile aşurenin besleyici değerinin önemi vurgulanması gerektiği tesbit edilmiştir (5, 12). KOÖ'nin ve İOÖ'nin içecek tüketimlerinde, coca colayı (194'ü, 189'u), çayı (169'u, 151'i), nescafe (117'si, 120'si), suyu (206'sı, 198'i) hafta içi ve birayı (58'i, 46'sı) hafta sonu tükettikleri bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız saptanmıştır (P>0.05). Yapılan çalışmalarda, coca cola içme miktarının ayran içme miktarından üç kat daha fazla olduğu tesbit edilmiştir (5). Bir başka çalışmada ise üniversite öğrencilerinin günlük 6 çay bardağı çay içtikleri bulun-

muştur (13). Bir diğer araştırmada ise üniversite öğrencilerinden kızların %45'i, erkeklerin %71.4'ü alkol kullandıkları ve çoğunluğun haftada, onbeş günde veya ayda bir alkol aldıkları saptanmıştır (14). Sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Öğrencilerin hızlı hazır yiyeceklerin sağlığı etkilemesi konusundaki bilgilerinin dağılımları Tablo -6'da verilmiştir.

Tablo - 6. Öğrencilerin Hızlı Yiyeceklerin Sağlığı Etkilemesi Konusundaki Bilgilerinin Dağılımları (Sayı Olarak)

Hızlı hazır yiyeceklerin sağlığı etkilemesi konusundaki bilgileri	KOÖ (n: 294)	UÖÖ (n: 299)	Toplam (n: 593)	P
	S	S	S	
Doymuş yağ ve kolesterol yönünden kısıtlı değildir	120	111	231	*
Kalsiyum, potasyum ve demir yetersizliği	73	83	156	*
A ve C vitamini yetersizliği	90	90	180	*
Posa yetersizliği	40	56	96	**
Sodyum fazlalığı	15	24	39	*
Hepsi sağlıklı olumsuz yönde etkilemektedir	92	106	198	*

* P < 0.05, ** P < 0.05

KOÖ'nin ve UÖÖ'nin hızlı hazır yiyeceklerin besin öğelerine ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Öğrenciler hızlı hazır yiyeceklerin doymuş yağ ve kolesterol yönünden kısıtlı olmadığını (sırasıyla 120'si, 111'i), A ve C vitaminleri yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur. Posa içeriğinin yetersiz olduğu hakkındaki bilgileri incelediğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0.05, Tablo 6). Yapılan bir araştırmada, kalp damar hastalıklarında beslenmenin rolünün %27 olduğu, yüksek oranda doymuş yağ ve sodyum içeriğinin bu tür kronik hastalıklara zemin hazırladığı bulunmuştur (1).

Sonuç ve Öneriler: Günümüzde teknolojinin gelişmesi ve kentleşmeyle birlikte, yalnız yaşayan bireylerin sayısında ve gençlerin de geleneksel öğünleri tercih etmemeleri nedeniyle beslenme alışkanlıklarında değişiklikler oluşmuştur. Hızlı hazır yemek sistemi günü evden uzak geçiren insanların hem damak hem de zaman azlığına çözüm getirmiştir. Bu nedenle kolej ve üniversite öğrencilerinin bir kısmı hızlı hazır yiyecekleri besin değeri düşük olduğundan ve içerisinde katkı maddesi kullanıldığından tercih etmedikleri bulunmuştur. Ancak restoranları her iki gruptaki öğrencilerin her zaman aynı kalitede hizmet vermesi, dekoru ve atmosferi için tercih ettikleri saptanmıştır. Hızlı hazır yiyeceklerin sağlıkla ilgili bilgilerinde ise hızlı hazır yiyeceklerin doymuş yağ ve kolesterol, posa içeriği hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Hızlı hazır yiyeceklerden: hamburger, döner, patates kızartması, yağ pasta, vb besinler protein, karbonhidrat ve enerji bakımından yeterli ancak sodyum, kolesterol, doymuş yağ içeriği fazla; posa, demir, kalsiyum ile A ve C vitamini bakımından yetersiz olduğu coca cola ve çay gibi içeceklerde boş kalori kaynağı olarak vurgulanmaktadır. Günümüzde hızlı hazır yiyecekleri daha besleyici duruma getirmek için:

- 1-Türk mutfak kültüründeki pek çok hazır yemek tariflerini çıkararak genel sağlık ve beslenme ilkelerine uygun olanları tesbit etmekte.
- 2-Restoranlarda servise sunulan yeni ürünlere, meyve ve sebze çeşitlerine yer vererek posa ve vitamin içeriklerini artırmakta.
- 3-Hamburger, döner, patates kızartması gibi yiyeceklerde doymuş yağdan gelen enerji ve sodyum içeriğini azaltarak, sağlık ve beslenme ilkelerine uygun hale getirmekte.
- 4-Kolalı (coca-cola) içecekler ile çay yerine kalsiyum ve vitamin içerikleri yüksek süt, ayran ve taze meyve sularını içecek olarak yiyeceklerle birlikte sunmakta.
- 5-Sağlıklı hızlı hazır yiyecek sistemi yaratabilmek için okulların her kademesinde beslenme öğretmenleri tarafından verilecek beslenme eğitim programları ile önce tüketici sonra da üreticilerin bilinçlendirilmesinde faydalı olacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Baysal A.: Hızlı Yemek Sisteminin (Fast Food) Sağlık Açısından Değerlendirilmesi ve Toplumun Bilinçlendirilmesi. Fast Food. 92. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayınları: 6, 93. Ankara 1993.
2. Jenkins D.J.A. et al.: Nibbling Versus Gorging: Metabolic Advantages of Increased Meal Frequency. NEJM 321: 929-934. 1989.
3. Yıldız F.: "Fast Food" Sistemi ve Tüketici: Kimya Mühendisleri Odası, 140: 30-35, Ankara 1991.
4. Sağlam F.: Hızlı Yemek Sistemi (Fast Food) Üzerine Bir Çalışma, Beslenme ve Diyet Dergisi, 20: 187-197, 1991.
5. Elmacioğlu F. ve Dabak Ş.: "Fast-Food Beslenmede Önceliklerin Belirlenmesi". Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu (II. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi), 1995.
6. Çelik N.: ODTÜ Kafeteryasında Servise Sunulan Yiyeceklerde Tüketici Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. "Seminer Çalışması. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1996.
7. Balcıoğlu O.: Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Hızlı Hazır (Fast Food) Tüketimlerinin Saptanması. Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi (Lisans Tezi), Ankara, 1997.
8. Çam A.: Analysis of Fast Food-Service Industry in Turkey, Boğaziçi Üniversitesi (Uzmanlık Tezi): 3-30, İstanbul. 1991.
9. Bayraktar M., Babekoğlu, Y., Salman, M.: "Tüketicilerin Fast Food Restoran Tercihlerini Etkileyen Faktörler". Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Yayınları No: 1600, 11-19, Ankara, 1995.
10. Hertzler et al: Dietary Status and Eating Out Practices of College Students, Journal of the American Dietetic Association. 92. 7: 867-868, England. 1992.
11. Toksöz P., Çelik F., Göçke Ş., Ceylan A.: "Lise Öğrencilerinin Fast Food Türü Yiyecek Tüketim Durumları". Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (II. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi). Dicle, 1995.
12. Akol E., Birer S., Baysal A.: 3-12 Yaş Grubu Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Dış Sağlığı Üzerine Etkisi, Beslenme ve Diyet Dergisi, 15: 19, 1986.
13. Beşer E.: "Üniversite Öğrencilerinde Çay İçme Alışkanlığı ile Hemoglobin Düzeyi İlişkisi", Beslenme ve Diyet Dergisi, 17, 1: 69, 1988.
14. Yağmur C.: "Üniversite Öğrencilerinin Alkol ve Sigara Kullanımlarının İncelenmesi", Adana Çukurova Üniversitesi, Ziraat Fakültesi Gıda Mühendisliği Bölümü (II. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi), Adana. 1995.

KOLESTEROLDEN ZENGİN DİYETE EKLENEN SARMISAĞIN AÇLIK KAN ŞEKERİ ve BAZI KAN LİPIDLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Üz. Dyt. Aynur ÇOBAN¹, Prof. Dr. Gülgün ERSOY²

¹Etimesgut Dev. Hst. Diyetisyeni

²HÜ Bes. ve Diy. Böl. Öğr. Üyesi.

ÖZET

Araştırma yüksek kolesterolü diyetle eklenen sarmısagin açlık kan şekeri ve bazı kan lipidlerine etkisini araştırmak amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini doktor kontrolü ile seçilen 30 sağlıklı denek (15 Erkek, 15 Kadın) oluşturmuştur. Deneklere üç hafta boyunca (Deney Dönemi I) yüksek kolesterolü diyet (300 mg/günden fazla), bunu takibeden üç hafta boyunca (Deney Dönemi II) yüksek kolesterolü diyetle ek olarak sarmısak (0.5 gr/kg/gün) verilmiştir. Deneklerin deney öncesi ve deney dönemleri sonunda alınan kan örneklerinde serum glukoz, total kolesterol, trigliserid, LDL ve HDL kolesterol düzeyleri ile kan basıncı ölçümleri yapılmıştır.

Araştırma sonunda deneklere yüksek kolesterolü diyet verilmesi ile serum glukoz, total kolesterol, trigliserid, LDL ve HDL kolesterol düzeylerinin arttığı, bu artışın istatistiksel açıdan önemli olduğu ($p<0.05$), kan basıncının ise değişmediği saptanmıştır. Yüksek kolesterolü diyetle ek olarak sarmısak verildiğinde serum glukoz, LDL kolesterol ve trigliserid düzeylerindeki azalmanın istatistiksel açıdan önemli ($p<0.05$), total kolesteroldeki azalmanın ise önemsiz olduğu ($p>0.05$) bulunmuştur. HDL kolesteroldeki artışın erkek deneklerde istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$), kadın deneklerde ise önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Kan basıncında istatistiksel açıdan önemli değişme olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tıbbi folklorde önemli bir yeri olan sarmısagin kan lipidleri üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle günde bir-iki diş tüketilmesinin yararlı olabileceği düşünülmüştür.

SUMMARY

In this study 30 healthy volunteer subjects (15 males and 15 females) were given high cholesterol diets (>300 mg/day) for a period of three weeks. For the next following three weeks garlic (0.5 g/kg/day) was added to the diet. Serum lipids (total cholesterol LDL and HDL cholesterol, triglyceride) and serum glucose levels and blood pressures were determined for two periods.

Statistically significant increase in glucose, total cholesterol, LDL and HDL levels and triglycerides with no change in blood pressures were observed with high cholesterol diets. The addition of garlic to the diet caused statistically significant decrease in the levels of glucose, LDL cholesterol and triglycerides ($p<0.05$) while no significant differences were found in total cholesterol levels ($p>0.05$). In females increase in HDL cholesterol levels were found statistically significant ($p<0.05$). No significant change were found in blood pressures ($p>0.05$).

It is concluded that the consumption of garlic (1-2 cloves/day) each day, which has great importance in Turkish Cuisine, may have beneficial effect on serum lipids.

Giriş: Sarmısak çok eski zamanlardan beri çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Sarmısak ve ekstralarının en fazla kullanıldığı alanlardan biri de kardiyovasküler hastalıklardır (1).

Sarmısagin (A. sativum) Koroner Kalp Hastalığına (KKH) neden olan kandaki düşük dansiteli lipoproteinleri düşürücü etkisi olduğu ileri sürülmektedir (2, 3). Yapılan çalışma sonuçları sarmısagin serum trigliserid, fibrinojen, LDL-kolesterol, total kolesterol düzeyini düşürdüğünü, HDL-kolesterol düzeyi, fibrinolizis ve vazodilatasyonu arttırdığını, kan basıncı, platelet agregasyonu ve koagülasyonu da azalttığını göstermektedir (3, 4).

Bu araştırma yemek ve tıbbi folklorümüzde yer alan sarmısagin kan glukoz ve bazı kan lipidlerine etkisini araştırmak amacı ile planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırma Yöntemi ve Araçları: Araştırmanın örneklemini Yozgat ilinin Sorgun İlçesi'nde çalışan kamu personelinin KKH risk profillerini saptamak amacıyla yapılan araştırmaya katılan 500 kişi arasından doktor kontrolüyle seçilen 15 Erkek, 15 Kadın toplam 30 kişi oluşturmuştur (5).

Araştırma iki dönemden oluşmuştur.

İlk dönemde (Deney Dönemi I), seçilen denekler üç hafta (21 gün) süresince yüksek kolesterolü diyet tüketmişlerdir.

İkinci dönemde (Deney Dönemi II) ise Deney Dönemi I'i takip eden üç hafta (21 gün) süresince yüksek kolesterolü diyetle ek olarak 0.5 gr/kg/gün taze sarmısagin yarısını öğle yemeğinde, yarısını akşam yemeğinde çiğ olarak çiğnemenen yutmuşlardır.

Deneklerden deney dönemi öncesi (1. Gün) ve deney dönemleri sonrasında (22. ve 43. günlerde) sabah aç karnına kan örnekleri alınmış, kan basınçları ölçülmüştür. Kan serumlarında gerekli analizler yapılmıştır.

Kan analizleri Hitachi-911 modelli otoanalizörde, enzimatik pap metotla, Boehringer Mannheim Gmbh kitleri kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel incelemesinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve Tukey Testi kullanılmıştır (6).

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya katılan erkek (n=15) ve kadınların (n=15) yaş ve fiziksel özellikleri ile ilgili verilerin ortalaması (X), standart sapma (S), standart hata (Sx) değerleri ve önemlilik kontrolü Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1 Deneklerin Yaş ve Fiziksel Özellikleri İle İlgili Verilerin Ortalama (X), Standart Sapma (S), Standart Hata (Sx) Değerleri ve Önemlilik Kontrolü.

Özellik	Erkek (n=15)			Kadın (n=15)			Önemlilik Kontrolü
	X	S	Sx	X	S	Sx	
Yaş (Yıl)	29.47	4.45	1.15	27.27	2.46	0.64	>0.05
Vücut Ağırlığı (kg)	69.60	6.62	1.71	56.47	4.75	1.23	<0.05
Boy uzunluğu (cm)	171.87	6.74	1.74	157.87	4.84	1.25	<0.05
BKI (kg/m ²)	23.65	1.31	0.35	22.72	1.41	0.36	>0.05
Bel Çevresi (cm)	82.80	5.28	1.36	67.87	7.14	1.84	<0.05
Kalça Çevresi (cm)	93.93	4.25	1.10	93.84	7.37	1.90	>0.05
Bel/Kalça oranı	0.88	0.06	0.02	0.73	0.04	0.01	<0.05

Araştırmaya katılan erkek ve kadınların yaş, BKI ve kalça çevresi ortalamaları dışında ($p>0.05$) diğer fiziksel özellikleri ile ilgili ortalama değerler arasında istatistiksel açıdan önemli farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$).

Deneklerin deney dönemlerine göre açlık serum glukoz (Glu), total kolesterol (TC), LDL-kolesterol (LDL-C), trigliserid (TG) ve HDL-kolesterol (HDL-C) değerlerinin ortalama (X), standart sapma (S), standart hata (Sx) değerleri ve önemlilik kontrolü Tablo 2'de verilmiştir.

Deneklere yüksek kolesterolü diyet (Deney Dönemi I) verilmesinden sonra her iki cinste de serum glukoz değerlerinde deney öncesine göre istatistiksel açıdan önemli yükselme olduğu ($p<0.05$), kolesterol diyetine ek olarak sarmısak verilmesinden (Deney Dönemi II) sonra ise istatistiksel açıdan önemli düşüş olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç Baksh ve Chughtai'nin (7) yaptığı çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Kan glukozuna sarmısagin etkisi olmadığını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (8, 9).

Kırmızı et, yağlı süt ve ürünleri başta olmak üzere hayvansal kaynaklı besinlerin diyetle artması, tereyağ ve margarin tüketimi, doymuş yağ asitlerinin doymamış yağ asitlerine oranının artmasına neden olmaktadır. Doğmuş yağ asitlerinin ise serum total kolesterol, LDL ve trigliserid düzeylerini yükselttiği, HDL düzeylerini ise düşürdüğü yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (10-14). Deneklere yüksek kolesterolü diyet verilmesinden sonra, serum total kolesterol, LDL-kolesterol ve trigliserid düzeyleri deney öncesine göre her iki cinste de istatistiksel açıdan önemli bir yükselme göstermiştir ($p<0.05$). Deney Dönemi II sonrasında serum total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid düzeylerinde düşüş olduğu, serum total kolesterol düzeyindeki düşüşün istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0.05$), LDL kolesterol ve trigliserid düzeylerindeki düşüşlerin ise istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan bazı çalışmalar bu sonuçları desteklerken (3, 7, 15-19), aksini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (3, 4, 7, 8, 15, 16, 18, 20).

Deneklere yüksek kolesterolü diyet verilmesinden sonra serum HDL düzeyleri deney öncesine göre her iki cinste de istatistiksel açıdan önemli artış göstermiştir ($p<0.05$). Diyete sarmısak eklenmesinden sonra serum HDL düzeylerinde görülen artışın devam ettiği, bu artışın erkeklerde istatistiksel açıdan önemsiz ($p>0.05$) kadınlarda ise önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yüksek kolesterolü diyetle HDL düzeyindeki artışın yüksek kolesterol diyetine metabolizmanın bir yanıtı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada (21), 12 ay boyunca yüksek yağlı ve kolesterolü diyetle beslenen maymunlarda serum kolesterol, trigliserid, HDL ve LDL düzeylerinin yükseldiği bildirilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda sarmısak verilmesi ile HDL düzeyinin yükseldiği (16, 19), bazı çalışmalarda ise değişme olmadığı saptanmıştır (8, 15, 20). Lau ve arkadaşları (18), sarmısak verildiğinde hiperlipidemik deneklerin HDL düzeylerinde anlamlı artış olduğunu, normolipidemik deneklerin HDL düzeylerinde ise herhangi bir değişiklik olmadığını bulmuşlardır. Plenvidhya ve arkadaşları (17) ise, sarmısagin HDL düzeyinde önemsiz bir artışa neden olduğunu saptamışlardır.

Deneklerin deney dönemlerine göre sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin ortalama (X), standart sapma (S), standart hata (Sx) değerleri ve önemlilik kontrolü Tablo 3'te verilmiştir.

Bu araştırmada tüm deneklerin deney öncesi ve deney dönemleri sonrası (Deney Dönemi I ve II) kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kan basıncı değerlerinde değişiklik olmaması deneklerin normotensif olmaları ile açıklanabilir. 102 hasta denek üzerinde yapılan bir çalışmada, sarmısak verilmesi ile başlangıçta kan basıncı değerleri yüksek olan deneklerin kan basınçlarının düştüğü bulunmuştur (8). Sarmısagin kan basıncını düşürücü etkisinin çelişkili olduğu bilinmektedir (22). Harenberg ve arkadaşları (20), 20 hiperlipoproteinemik hastayla yaptıkları çalışmada sarmısagin kan basıncını düşürdüğünü bulmuşlardır.

Hiperkolesterolemik hastalarda ve diyetle kolesterolü yükseltilebilir bireylerde yapılan çalışmaların çoğunda araştırmacılar sarmısagin serum kolesterol, trigliserid ve LDL'yi azalttığı, HDL'yi ise artırdığı konusunda görüş birliğine varmışlardır (3, 7, 15-19). Fakat serum glukozu ve kan basıncına etkileri konusundaki veriler çelişkili ve çalışmalar yetersizdir (7-9, 20, 22).

Tablo: 2 Deneklerin Deney Dönemlerine Göre Açlık Serum Glukoz, Total Kolesterol, LDL-Kolesterol, Trigliserid ve HDL-Kolesterol Değerlerinin Ortalama (x), Standart Sapma (S), Standart Hata (Sx) Değerleri ve Önemlilik Kontrolü

	Deney Öncesi	Deney Dönemi I (Yüksek Kolesterol Diyeti)	Deney Dönemi II (Yüksek Kolesterol Diyeti+Sarmusak)	Önemlilik Kontrolü
Glukoz				
Erkek				
X	80.07	96.60	85.07	F= 12.189
S	13.53	11.34	15.39	P<0.05
Sx	3.50	2.93	3.98	
Kadın				
X	73.67	92.00	75.80	F=35.644
S	8.92	8.66	7.54	P<0.05
Sx	2.30	2.24	1.95	
TC				
Erkek				
X	174.60	187.07	180.00	F=6.238
S	21.13	28.39	26.32	P<0.05
Sx	5.46	7.34	6.80	
Kadın				
X	164.33	180.73	169.53	F=4.753
S	35.96	37.10	38.00	P<0.05
Sx	9.29	9.59	9.82	
LDL-C				
Erkek				
X	104.73	116.53	102.27	F=7.709
S	14.39	18.25	16.92	P<0.05
Sx	3.72	4.72	4.37	
Kadın				
X	97.93	111.67	92.27	F=15.053
S	33.72	30.74	28.41	P<0.05
Sx	8.71	7.94	7.34	
TG				
Erkek				
X	118.07	155.73	118.00	F=4.103
S	37.10	82.31	23.93	P<0.05
Sx	9.59	21.27	6.18	
Kadın				
X	92.53	120.00	97.20	F=10.129
S	47.52	49.83	42.24	P<0.05
Sx	12.28	12.88	10.91	
HDL-C				
Erkek				
X	37.67	41.53	44.40	F=11.807
S	11.87	10.64	11.72	P<0.05
Sx	3.07	2.75	3.03	
Kadın				
X	46.73	54.40	58.87	F=32.085
S	7.80	12.47	12.40	P<0.05
Sx	2.02	3.22	3.20	

Tablo: 3 Deneklerin Deney Dönemlerine Göre Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı Değerlerinin Ortalama (X), Standart Sapma (S), Standart Hata (Sx) Değerleri ve Önemlilik Kontrolü

	Deney Öncesi	Deney Dönemi I (Yüksek Kolesterol Diyeti)	Deney Dönemi II (Yüksek Kolesterol Diyeti+Sarmusak)	Önemlilik Kontrolü
Sistolik Kan Basıncı				
Erkek				
X	115.33	115.33	115.33	F=0
S	8.34	8.34	8.34	P>0.05
Sx	2.16	2.16	2.16	
Kadın				
X	102.67	102.67	100.67	F=1.91
S	10.33	10.33	10.33	P>0.05
Sx	2.67	2.67	2.67	
Diastolik Kan Basıncı				
Erkek				
X	74.67	74.67	74.67	F=0
S	5.16	5.16	5.16	P>0.05
Sx	1.33	1.33	1.33	
Kadın				
X	71.33	71.33	70.67	F=0
S	7.43	7.43	7.04	P>0.05
Sx	1.92	1.92	1.82	

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonunda sarmısağın serum glukoz, trigliserid ve LDL kolesterol düzeylerini istatistiksel açıdan önemli olarak azalttığı ($p<0.05$), total kolesteroldeki azalmanın ise istatistiksel açıdan önemsiz olduğu ($p>0.05$) bulunmuştur. Bu dönemde HDL kolesterol düzeyindeki artışın erkek deneklerde istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0.05$), kadın deneklerde ise önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kan basıncındaki değişikliklerin ise istatistiksel açıdan önemli farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tıbbi folklorde önemli bir yeri olan sarmısağın, öncelikle kalp hastalığı ve kan basıncı olmak üzere çeşitli hastalıklarla olan ilişkisini ortaya koyan kontrollü ve daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Kan şekeri ve lipidleri önerilen sınırların üzerinde olan bireyler her gün 1-2 diş sarmısak tüketmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ersöz T: Sarmısağın Tıbbi Kullanılışları. *Fabad Farmasötik Bilimler Dergisi*, 8 (1): 56-61, 1983
2. Fogarty M.: Garlic's Potential Role in Reducing Heart Disease. *BJCP*, March/April, 47 (2): 64-65, 1993
3. Mader F.H.: Treatment of Hyperlipidaemia with Garlic Powder Tablets. *Arzneim-Forsch/Dr.ug. Res.*, 40 (II), Nr. 10: 1111-1116, 1990
4. Luley C., Lehmann L.W., Möller B., Martin T., Schwartzkopf W.: Lack of Efficacy of Dried Garlic in Patients with Hyperlipoproteinemia. *Arzneim-Forsch/Dr.ug. Res.*, 36 (1), Nr. 4: 766-768, 1986.
5. Çoban A.: Yozgat'ın Sorgun İlçesi Kamu Personelinin Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Profilleri ve Kolesterolde Zengin Diyete Ek Olarak Verilen Sarmısağın Bazı Kan Lipidleri ve Açlık Kan Şekeri Üzerine Etkisi, HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1996.
6. Sümübüoğlu K., Sümübüoğlu V.: *Biyoistatistik*, Özdemir Yayıncılık, 1994
7. Bakhsh R., Chuhtai M.D.: Influence of Garlic on Serum Cholesterol, Serum Triglycerides, Serum Total Lipids and Serum Glucose in Human Subjects. *Die Nahrung*, 28 (2): 159-163, 1984.
8. Kleijnen J., Knipschild P., Terriet G.: Garlic Onions and Cardiovascular Risk Factors, A Review of The Evidence from Human Experiments with Emphasis on Commercially Available Preparations. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 28: 535-544, 1989
9. İnal D.: Tek Doz Sarmısak Yüklemesinin Üniversite Endurans Sporcularının Maksimal Oksijen Tüketimi Düzeyine Etkileri, ODTÜ Beden Eğitimi ve Spor Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995.
10. Baysal A.: Şişmanlık, Diyet Yağları, Kan Lipidleri ve Koroner Kalp Hastalıkları: Etkileşimi, Şişmanlık Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar (Derleyen P. Arslan), Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını: 4: 55-56. Ankara, 1993
11. Anon: *Becal Sağlık Bülteni*, Sayı: 1 (Ekim, Kasım, Aralık), 1992
12. Anon: *Becal Sağlık Bülteni*, Sayı: 14 (Ocak, Şubat, Mart), 1996
13. La Rosa, J.C.: Hastaların Diyet ve Kolesterolle İlişkin Sorularına Doyurucu Yanıtlar, *Modern Medicine*, 2 (12): 22-29, Aralık 1994
14. Mercanligil M.S.: Değişik Türdeki Görünü: Yağların Rattarda Koroner Arter Hastalıklarının Oluşumu Üzerine Etkileri, HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1991.
15. Kencler B.S.: Garlic (*Allium sativum*) and Onion (*Allium cepa*): A Review of Their Relationship to Cardiovascular Disease. *Prev. Med.*, Sep. 16 (5): 670-685, 1987
16. Bordia A.: Effect of Garlic on Blood Lipids in Patients with Coronary Heart Disease, *Am. J. Clin. Nutr.*, 34: 2100-2103, 1981
17. Plengvidhya C., Chinayon S., Sitpraja S., Pasatrat S., Tankeyoon M.: Effects of Spray Dried Garlic Preparation on Primary Hyperlipoproteinemia. *J. Med. Assoc. Thai.*, 71 (5): 243-251, 1988
18. Lau B.H.S., La F., Wang-Cheng R.: Effect of An Odor-Modified Garlic Preparation on Blood Lipids, *Nutrition Research*, 7: 139-149, 1987
19. Nitiyanant W., Wasuwat S., Ploybut S., Tandhanand S.: Effect of the Dried Powder Extract, Water Soluble of Garlic (*Allium sativum*) on Cholesterol, Triglyceride and High Density Lipoprotein in the Blood *J. Med. Assoc. Thailand*, 70 (11): 646-648, 1987.
20. Harenberg J., Giese C., Zimmermann, R.: Effect of Dried Garlic on Blood Coagulation, Fibrinolysis, Platelet Aggregation and Serum Cholesterol Levels in Patients with Hyperlipoproteinemia, Atherosclerosis, 74: 247-249, 1988
21. Gray D.S., Sharma R.C., Chin H.P., Jiao Q., Kramsch D.M.: Body Fat and Fat Distribution by Anthropometry and the Response to High-Fat Cholesterol-Containing Diet in Monkeys. *Exp. Mol. Pathol.*, 58 (1):53-60, 1993
22. Wei R.E.: *Lehrbuch der Phytotherapie*, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1991

ADÖLESAN GEBELERİN SAĞLIK ve BESLENME SORUNLARI ve YENİ DOĞAN SAĞLIĞINA ETKİSİ

Uz. Dyt. Pınar Sökülmez/Ankara Yüksek İhtisas Hast.
Prof. Dr. Perihan Arslan/HÜ Beslenme ve Diyet Böl. Bşk.

ÖZET

Bu araştırma 18 yaş ve daha altındaki 220 adölesan gebe üzerinde yapılmıştır. Yaş ortalaması 17.4±0.73 yıl olan kadınların evlilik ve ilk gebelik yaş ortalaması sırasıyla 16.40±0.99 ve 16.8±0.5 yıldır. Bu gebelerde erken ve ölü doğum %3.1, doğup ölenler %3.2, düşük ve kürtaj ise %10.6'dır. Çoğul gebeliği olan annelerden doğan çocukların %46.6'sı ölmüş. Araştırmada %40'ı anemik olan kadınların önerilen demir miktarının ancak %41.6'sını tükettikleri saptanmıştır. Enerji, protein, vitamin A tüketimleri de önerilenin altındadır. Ortalama ağırlık kazanımı tüm gebeler için 10.95±4.89 kg olup beslenme eğitimi alan 50 kadında bu değer 11.14±3.71 kg'dır. Gebelerin %10.1'si≤36 haftada, %80.9'u 37-40 haftada doğum yapmışlar ve %32.7 bebekte çeşitli sağlık sorunları izlenmiştir.

SUMMARY

This study was conducted on 220 adolescent pregnant who were ≤18 years old (the average age was 17.4±0.73). The average marriage and first gestation ages were 16.40±0.99 and 16.8±0.5 years respectively. The ratio of perinatal and postnatal mortality was 3.2%, 3.2% and abortion was 10.6%. The mortality rate was 46.6. % in multipare pregnancies. Anemia (40%) was found as a main health problem in this survey. The consumption of energy, protein, iron, zinc, vitamine A were found less than recommended quantities.

The average weight gain was 10.95±4.89 kg for all. Whereas it was 11.14±3.71 kg for the 50 pregnant who were under controlled and adviced on nutrition every month to the end of delivery. 10.1% of adolescent pregnant gave birth in ≤36 weeks and 80.9% of them in 37-40 weeks. The health problems were seen in 32.7% of 168 newborns.

Giriş: Anne ölümleri, ölü doğum, prematürel, fetal malnutrisyon gibi anne ve çocuk sağlığı sorunları gebe kadının yaşı, fiziksel aktivitesi ve gebelik öncesi sırasında beslenmesi ile yakından ilişkilidir. Adölesan çağda gebe kalma ve çocuk sahibi olma, henüz yeterli fiziksel ve hormonal olgunluğa erişmemiş genç anne ve doğacak bebekte sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. yetersiz beslenme ise bu sorunları ağırlaştırmaktadır (1-4).

Bu araştırma adölesan gebelerin genel sağlık ve beslenme durumlarını saptamak bunun yenidoğan üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla planlanıp, yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 1993-1995 arası Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, Mamak-Boğaziçi Belediye Sağlık Evi ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı 1 nolu Sağlık Ocağına başvuran 220 adölesan (18 yaş) üzerinde yapılmıştır. Gebeliğe ilişkin sorunların saptanabilmesi için uygulanan anketin yanısıra tüm gebelerin boy ve ağırlıkları ölçülmüş hekim muayeneleri yapılmış, kan, idrar bulguları ve beslenme durumları incelenmiştir. Araştırmanın genel örneklemini oluşturan bu gebeler arasında en geç 3. trimester başına kadar düşük, ölü doğum vb komplikasyonu olmayanlar arasından gönüllü seçilen 50 gebe ile 15 günde bir görüşülerek beslenme eğitimi verilmiş, ayda bir hekim muayenesi sağlanmış, ağırlık kontrolleri yapılmış, laboratuvar bulguları tekrarlanmış ve her kontrolde besin tüketim durumları incelenmiştir. Örneklemini oluşturan 220 gebeden 8'inin kürtaj, düşük, ölü doğum nedeniyle gebelikleri sonlanmış olup, bu çalışmada 168 bebeğin doğumuna ilişkin genel sağlık durumları incelenmiştir. Çocukların boy, ağırlık, kol çevresi, baş çevresi /kol çevresi ölçümleri standartlarla kıyaslanmıştır (5, 6).

Bulgular ve Tartışma: Araştırmanın genel örneklemini oluşturan 220 adölesan gebenin, gebelik öncesi ağırlığı (GÖA), adölesan kızlar için verilen BKİ (kg/m²)'e göre değerlendirildiğinde gebelik öncesi normal ağırlıkta olanlar %65.9, zayıf olanlar %21.2, hafif şişman ve şişman olanlar ise sırasıyla %10.8 ve %2.1'dir.

Gebelerin yaş ortalaması 17.44±0.73 yıl olup, evlilik ve ilk gebelik yaş ortalaması ise sırasıyla 16.40±0.99 ve 16.83±0.5 yıldır. Evlilik ve ilk gebelik yaşlarının birbirine çok yakın olması gençlerin hemen gebe kaldıklarını göstermektedir. Evlendikten sonra ilk 1-2 yıl içinde gebe olmayan kadına rastlanmamıştır. Araştırmanın Ankara il merkezinde yapılmasına karşılık anne olma yaşının 13-15 yaşlarında %6.9, 16 yaşında %27.3, 17 yaşında %41.3, değerleri ile büyük çoğunluğunun (%75.5) 18 yaşın altında olması 1993 TNSA verilerini destekliyor da çok genç yaşta anne olmanın getireceği sorunlar açısından 1993 araştırma verilerinden daha da dikkat çekicidir. Ayrıca 17-18 yaş arasındaki annelerin %14.6'sının birden fazla (%84.3'ünün 2., %12.6'sının 3., %3.1'inin 5) gebeliği olduğu saptanmıştır. Bu değerler de 1993 TNSA değerlerinden (18 yaşındakilerin %1'i, 19 yaşındakilerin %4'ü iki çocuk doğurmuştur) yüksektir.

Bu gebelik adölesan gebelerin %85.4'ünün 1., %14.1'inin 2. ve 3., %0.5'inin ise 5. gebeliğidir. Birden fazla gebeliği olan 32 kişinin (%14.6) araştırma sırasındaki yaşları incelendiğinde %59.4'ünün 18; %40.6'sının ise 17 yaşında oldukları bulunmuştur. Çoğul gebeliği olan bu kadınların evlilik yaş ortalaması 15.7±1.05 yıl olup %75'inin 13-16 yaş arasında evlendikleri öğrenilmiştir. Önceki gebelikten sonra tekrar gebe kalma süresinin ortalaması ise 6.70±6.73 aydır. Çoğul gebeliği olan bu kadınların %34.4'ünün evlenme yaşının 13-15 yaş. %40.6'sının 16 yaş (16 yaş altı toplamı %75), olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bu durum menstruasyon gören (ortalama 13.2±1.15 yıl) genç kızların hemen evlendirildikleri şeklinde açıklanabilir. Menstruasyon ergenlik çağında biyolojik gelişmenin göstergelerinden birisidir. İklim, ırk, beslenme gibi faktörlerin etkisi altındadır. Bu nedenle menstruasyon yaşı ülkelerde ve hatta aynı ülkelerde bölgelere göre bile değişiklik gösterir.

Tablo 1: Adölesanların Yaşta Önce Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (%)

Yaş (Yıl)	Evlilik n:220	İlk gebelik n:220	Çoğul gebelik (n:22)			
			Evlilik	2	3	5
13	0.5	-	3.1	-	-	-
14	4.1	0.5	9.4	-	-	-
15	10.4	3.6	21.9	-	-	-
16	32.7	27.3	40.5	-	-	-
17	41.0	41.0	25.0	34.5	6.5	-
18	10.0	24.5	-	30.0	5.2	3.1

Gebelik sorunları: Adölesanların gebeliğe ilişkin sorunları çoklu gebelikte daha fazla olmakla birlikte bu çalışmada ilk gebeliği yaşayanlarla birlikte incelendiğinde ölü doğum oranı %3.1 doğum ölenler %3.2, düşük kürtaj ise %10.6 olarak bulunmuştur. Nüfusun birer fazla gebeliği olanlar arasından 2 kadından birisi 1 düşük, 3 canlı doğum yapmış, bebeklerden 2'si ölmüş, diğer bir anne ise 1 düşük ve sonradan ölen 1 canlı çocuk doğmuştur. Çoğul gebeliği olan kadınlardan doğan 15 çocuktan 7'si (%46.6) ölmüştür.

Tüm gebelerin gebelikleri süresince anne sağlığına ilişkin bilgileri hakim tarafından değerlendirildiğinde sorunların başında mide-de yanma (%49.5) ve bulantı-kusmanın (%45) olduğu, bunu üriner sistem enfeksiyonu (%25) ve üst solunum yolu enfeksiyonunun (%18.6) izlediği görülmüştür. Genellikle gebelik sorunlarından olan ödem bu çalışmada %28.2 kadında izlenmiş olup bu kadınların %3.6'sında idrarda albumin bulunmuş, %40'ında mikrositik-hiperkromik, %1.4 ünde megaloblastik anemi saptanmıştır.

Türkiye'de gebe olmayan kadınların yaklaşık yarısı gebe olanların ise yaklaşık üçte ikisi demir eksikliğinin yol açtığı anemiyedir (9). Türkiye'de gebe olmayan kadınların %73.9'u anemikler ki bunun %16.1'i (Hb 7.9 ve g/dl) şiddetli, %35.1'i orta (Hb 8-9.9 g/dl), %22.7'si hafif düzeyde (10-10.9 g/dl) anemiktir. Bu çalışmadaki bulunan demir eksikliği (%40.9), Türkiye'de gebe kadınlardaki anemi oranının altında gibi görünüyorsa da bu gebelerin %43.6'sının gebelik esnasında ek demir ve vitamin preparatı aldıkları, gebelikte demir emiliminin artmış olması, aynı zamanda gebelerin diyetlerinde demir emiliminde rol oynayan vitamin C'yi gebelerin çoğunluğunun (%55.9) önerilerin üzerinde tüketmelerinden kaynaklanmaktadır.

Gebelikte preeklampsinin klinik göstergelerinden olan hipertansiyon bu çalışmadaki gebelerde %19.1 olup gebelerin hiç birinde preeklamsi gözlenmemiştir. Preeklamsi fetüs ve annenin her ikisi için de mortalite ve morbidite için büyük bir sorundur (4-5). Bu çalışmada 120 mm Hg'nin üzeri hafif hipertansiyon olarak değerlendirilmiştir. Gebelik öncesinde hipertansiyonu olan gebeler bu durumları ile ilgili ilaç kullanmamaktadırlar. 160-170 mm Hg kan basıncına bu gebelerde rastlanmamıştır.

Gebelikte Ağırlık Değişiklikleri: On üç-on beş yaşındaki gebe olmayan adölesanlarda ağırlıkta doğal artış 3 kg/yıldır (10). Adölesan gebenin bu miktarda büyümesi ve sağlıklı bebek doğurabilmesi için gebelik süresince normal yetişkin kadına (10-14 kg) kıyasla 4-6 kg daha fazla ağırlık kazanması gerektiği bildirilmiştir (11, 12).

Bu gebelerin gebelikleri süresince ağırlık değişiklikleri incelendiğinde %7.2'sinin ağırlığı değişmemiş, %7.2'sinin ağırlığı GÖA göre eksilmiş, %85.6'sının ise ağırlığı artmıştır. Sekiz ve dokuzuncu ayda (75 gebe) düşük doğum ağırlığı riski ile ilişkili gösteren 19 kg ağırlık kazanımı bu çalışmada %22.8'dir. Gebelikte beklenen ağırlık kazanımının yerine yetersiz kazanım, ağırlıkta değişiklik olmaması, hatta azalması adölesan gebeliğinde annenin gereksinimlerinin karşılanamadığı, fetüsün gelişimi için annenin vücut depolarının yoğun şekilde kullanıldığını göstermektedir. Bu durum annenin emzicilik ve sık tekrarlayan gebelikleri göz önüne alınırsa anne ve bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Sekiz ve dokuzuncu aylarda adölesan gebelerin ancak %28'i (21 kişi) istenilen ağırlık kazanımına (≥15 kg) ulaşmıştır. Ortalama ağırlık kazanımı tüm gebeler için 10.95±4.89 kg olup araştırmanın 2. aşamasında sürekli kontrol edilecek eğitim verilen grupta ise 11.14±3.71 kg olup yetişkin gebeler için önerilen ±15 12.5 kg ağırlık kazanımından daha azdır. Bu yetersiz ağırlık kazanımı enerji ve besin öğelerinin çoğunun önerilerin altında tüketilmesinin bir sonucudur. Ortalama ağırlık kazanımı gebelik dönemlerine göre incelendiğinde 1. trimesterde 1.05±4.03, 2. trimesterde 3.74±1.93, 3. trimesterde 5.25±2.3 kg olup 3. trimesterde en fazla ağırlık kazanımı vardır.

Bu çalışmadaki adölesan gebelerin enerji ve besin öğeleri tüketimlerine bakıldığında vitamin C ve tiamin dışındaki tüm besin öğelerini önerilen altında tüketmişlerdir. Önerilen miktarlara göre enerji gereksiniminin %74'ünü, kalsiyumun %40'ını, demirin %41.6'sını, vitamin A'nın %63.2'sini, riboflavinin %83.4'ünü, niyasinin %60'ını, çinkonun %54'ünü tüketmişlerdir. İzleme süresi 50 gebenin enerji, protein, kalsiyum, demir, vitamin A, niyasin, çinko tüketimleri kısmen artmış bu artış vitamin A ve kalsiyum açısından önemli bulunmuştur (p<0.05).

Çocuk Doğumuna İlişkin Bulgular: Adölesan gebelerin %98.8'inin doğumlarını hastanede gerçekleştirmiş olması anne ve bebeğin sağlığı açısından önemlidir. Gebelerin %90.3'ü normal, %5.1'i sezeryan ile doğum yaparken, %1.7'si ölü doğum (1 bebek ölü doğum olduğu için 5 aylık erken doğuma alınmış ölmüştür, 2'si 7 aylık, 3'ü 9 aylık), %2.9'u düşük ve kürtaj olmuştur. Araştırmanın 2. aşamasındaki gebelerin %4'ü sezeryan, %96'sı normal doğum yapmıştır.

Adölesan gebelerde gestasyonel yaş ile düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda düşük doğum ağırlığını sadece gestasyonel yaş ile değil aynı zamanda gebelik bakım, beslenme, gebelik sayısı gibi diğer faktörlerin önemi de vurgulanmıştır (13, 14). Bu çalışmada ise gebelerin %10.21 (36 haftada, %80.9'u 37-40. haftada, %9'u (41 haftada doğumlarını gerçekleştirmişlerdir. Gestasyonel yaşı küçük olan (136 hafta) %5.3 sorunlu prematür bebeğin doğum ağırlığı (2500 gr'dır).

Adölesan gebelerden doğan bebeklerin sağlık sorunları incelendiğinde yeni doğanların %11.3'ünde emme refleksi, geç, %9.5'nin de mekonyum, %5.4'ünde sarılık, %5.3'ünde sorunlu prematürel, %1.8'inde düşük doğum ağırlığı, %1.2'sinde ateş, %0.6'sında hi-poglisemi saptanmıştır. Sorunlu prematür bebeklerde (%5.3) organ fonksiyon yetersizliklerinin yanı sıra emme refleksi geç olan 6 bebeğin 2'sinde aynı zamanda sarılık, birinde solunum güçlüğü ve hipoglisemi birlikte gözlenmiş olup diğer 3 prematür bebekten 2'sinde solunum güçlüğü, bir diğerinde kalpde et parçası nedeniyle ameliyat olması gerektiği saptanmıştır. Böylece adölesan gebelerden doğan bebeklerin %32.7'sinde bu sorunların gözlenmesi adölesan gebelerin kendileri kadar bebekler açısından da karşılaşılabilecekleri sorunların boyutunun büyüklüğünü göstermektedir.

Antropometrik ölçümlerden boy uzunluğu ve ağırlığa göre değerlendirilen (NHANES I) bebeklerin sırasıyla %58.3'ü, %447ü 26-75. persentildedir. Boy ve ağırlıkça 25. persentilin altında olan bebekler sırasıyla %23.3 ve %47.6'dır. Bu durum anne yaşına göre değerlendirildiğinde 17-18 yaşındaki annelerden doğan çocukların %61.3'ü boy, %40.5'i ağırlık yönünden 26-75. persentildedir. Bu durum çocuğun boy uzunluğu ve ağırlığı üzerinde anne yaşının önemli olabileceğini göstermektedir. Ağırlığı 25. persentilin altındaki çocukların %62.5'inin anne yaşı 15-16 yaş grubundadır. Baş çevresi açısından 25. persentilin altında bebek yoktur. Durum üst orta kol çevresi açısından da değerlendirildiğinde bebeklerin %14.9'u olması gereken üst orta kol çevresinin (%85) altındadır. Yine bebeklerin kol çevresi %85'in üzeri olan bebeklerin %78.6'sının anne yaşı 17-18 dir. Son yıllarda kullanılan kol çevresinin/baş çevresine oranı bebeğin sağlık durumunun önemli bir göstergesidir (5). Bu nedenle yenidoğanlar kol çevresinin/baş çevresine oranı ile değerlendirilmiştir. Buna göre kol çevresi /baş çevresi oranı 0.31 üzeri olan bebeklerin %97.5'inin anne yaşı 17-18 dir. Ortalama kol çevresinin /baş çevresi oranına göre bebeklerin genelde (%57.7) hafif protein enerji malnütrisyonu olduğu söylenebilir. Bu bulgular ağırlık yönünden bebeklerin %47.8'sinin 5. persentilin altında olması da benzerlik göstermektedir. Böylece anne yaşının

intrauterin büyüme ve gelişmedeki öneminin bir göstergesi olabilir.

Sonuç ve Öneriler: Beslenme yaşamın her evresinde önemli olmakla birlikte adölesan gebelerde her iki canlının da büyümesi nedeniyle daha da önem taşımaktadır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri açısından değerlendirildiğinde toplumu yeterli ve dengeli beslenme ve aile planlaması konularında sürekli bilgilendirmek gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Frisancho A.R., Matos J., Bolleffina L.A: Influence of growth status and placental function on birth weight of infants born to young still-growing teenagers. Am. of Clin. Nutr., 40: 801, 1984.
2. Stevens-Simon C., Raghman, K.I.: Repeat adolescent pregnancy and low birth weight. Society for Adoles. Med. 114, 1990.
3. Stevens-Simon C., Mc Anarney E.R.: Adolescent maternal weight gain and low birth weight: A multifactorial model. Am. J. Clin. Nutr. 47, 948, 1988.
4. Arslan P., Karaağaoğlu N., Öcal Z.: Gebe kadınlara yapılan beslenme eğitiminin gebelerin beslenme ve genel sağlık durumları üzerine etkisi, Beslenme ve Diyet Dergisi 21 (1): 10, 1992.
5. Gibson R.S.: Antropometric Assessment of Body Composition, Principles of Nutritional Assessment, Oxford Univ. Press., Oxford, 1990.
6. Pekcan G.: Şişmanlık ve Saptama Yöntemleri Şişmanlık Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar (Der: Perihan Arslan). TDD Yayını: 4, 1993.
7. Bray G.A.: Obesity, Nutritional Support of Medical Practice (Ed: Scheider, H.A. et al) Harper and Row Publisher, Philadelphia, 1983.
8. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdü Enstitüsü ve Macro International Inc.1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, Türkiye.
9. Baysal A.: Türk Kadınının Beslenme Sorunları, Türk Toplumunda Kadın (Onat, A.N.) 5: 113, Araştırma ve Eğitim Ekin Yayınları, İstanbul, 1982.
10. Graham G.G. et al: Growth standards for poor urban children in nutrition studies, Amer. J. Clin. Nutr. 32: 703, 1979.
11. School T.O, Hediger M.L.: Weight gain during adolescent pregnancy associated maternal characteristics and effects on birth weight. J. Adolescent Health Care, 9: 286, 1988.
12. Abrams B.F., Laros R.K. Pregnancy weight gain and birth weight Amer. J. Obstet. Gynecol, 154: 503, 1986.
13. School O.T., Miller L.K.: Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy. Effects on weight gain, pre-term delivery and birth weight, Obstet. Gynecol. 69: 312, 1987.
14. Elster A.B.: The effect of maternal age, parity and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers. Obstet, Gynecol. 149: 845, 1984.

**ANKARA'DA TOPLU BESLENME YAPILAN
KURUMLARDA UYGULANMAKTA OLAN MENÜLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uz. Diş. Dilara ACIMIŞ*, Prof. Dr. Yasemin BEYHAN

Diyetisyen* Hacettepe Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

ÖZET

Bu araştırma Ankara'da toplu beslenme hizmeti verilen 6 kuruluşun Beslenme Servisi Örgütünde uygulanmakta olan, Set Seçimsiz Menülerin menü yönetim ve denetim ilkeleri açısından değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Kuruluşlarda uygulanmakta olan menüler, menü planlama ilkeleri doğrultusunda geliştirilen "Menü Denetim Listesi" ile değerlendirilmiş ve diyetisyeni olan ve olmayan kuruluşlar yönünden karşılaştırılmıştır. Diyetisyeni olan kuruluşları menüleri, menü denetim kriterlerine göre %88.8 puan alırken; diyetisyeni olmayan kuruluşlar %59.0 puan almıştır. İki tip kuruluşun menü puanları arasındaki farkın istatistikî yönden önemli olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Kuruluşların menülerinin verildiği öğündeki sağladığı enerji ve besin öğeleri değerleri karşılaştırıldığında ise, diyetisyeni olmayan kuruluşların menülerinin değerleri, tüketicilerin öğünde almaları gerekenin oldukça üzerinde bulunmuştur. Araştırmada tüketicilerin menülere ve yemek tercihlerine ilişkin görüşleri de saptanmıştır. Buna göre tüketiciler tarafından sevilmeyen yemekler olarak sırasıyla komposto-hoşafalar, turşu, etli kurubaklağil yemekleri, ve makarnalar belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, toplu beslenme hizmetlerinin uzmanlık isteyen bir alan olduğunu, menü yönetim ve denetiminin de konunun uzmanları tarafından mutlaka sağlanması gerektiğini göstermektedir.

SUMMARY

This study has been carried out to evaluate the menus of the Food Service Organisations by 'Menu Check-List' in Ankara. Total 400 subjects were questioned for the opinions about the menus and meal preferences. When the menus of the institutions were compared according to the Menu Check-List, The menus of the institutions having dietitian were more appropriate (88.8%) than the institutions having no dietitian (59.0%). The energy and nutrient values of the institutions of without dietitian menus were higher than the others. The menus also were evaluated according to taste, colour and consistency by the subjects. The percentage of the subjects stating appropriateness for these criteria were 74.5%, 68.1%, 63.1% respectively. When the meal preferences of the subjects were researched, it was found that fruits, soups, desserts and yogurt were mostly preferred meals and compotes, pickle, legumes with meat and spagetties were unpreferred meals. It was concluded that the menu planning is an important part of the Food Service Management and menus must be planned by the professionals on this field.

Giriş: Toplu Beslenme son yıllarda, kent yaşamının getirdiği ekonomik, sosyal ve kültürel değişimlerin sonucu olarak, günümüz yaşamının önemli bir parçası haline gelmiştir. Kentleşme hızının yükselişi, çalışanların sayısının artması ve yerleşim alanlarının genişlemesi, toplu beslenme hizmeti veren sektörlerin sayısı ve niteliğinde önemli ve hızlı değişimler oluşturmuştur.

Oldukça büyük bir kitleye hizmet veren toplu beslenme faaliyetleri; menü planlama, satınalma, depolama, üretim, servis, artıkların kaldırılması ve hizmetin her aşamasında sanitasyonun sağlanması gibi temel işlevleri kapsar. Bunlardan menü planlama tüm işlemlerin merkezini oluşturur. Menü planlama yiyecek-içecek yöneticilerinin birçok etmeni gözönünde bulundurarak yapması gereken, önemli ve ayrı bir ihtisas işidir (1, 2, 3).

Menü planlama işleminde amaç, tüketicilerin enerji ve besin öğeleri gereksinimini karşılayacak, sosyal ve psikolojik yönden doyurucu sağlayabilecek, kuruluşun olanaklarına da uyumlu menüler planlamak ve uygulamaktır (1, 4).

Bu araştırma Ankara'da toplu beslenme hizmeti verilen bazı kuruluşlarda uygulanmakta olan menülerin, menü yönetim ve denetim ilkeleri doğrultusunda incelenerek, değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmaya Ankara'da Toplu Beslenme hizmeti verilen ve araştırma olanağı sağlanabilen 6 kuruluş alınmıştır. Çalışma bu kuruluşların Beslenme Servisi Örgütünde yürütülmüştür. Araştırmaya alınan kuruluşların üçünde yiyecek-içecek hizmetlerinden sorumlu diyetisyen bulunurken, diğer üçünde ise bu hizmet diyetisyen olmayan kişilerce yürütülmektedir. Kuruluşların seçiminde verilen hizmetin ve kuruluşların benzer tipte olmasına dikkat edilmiştir. Tüm kuruluşlarda öğle yemeği sunulmakta ve uyguladıkları menü tipi itibarıyla da "Set Seçimsiz" tipte menüler uygulanmaktadır.

Kuruluşların uygulamakta oldukları menüler her mevsime örnek teşkil edecek ve bir menü dönüşüm sürecini kapsayacak şekilde alınarak, daha önce geliştirilmiş olan "Menü Denetim Listesi" kriterleri çerçevesinde incelenmiş ve puanlandırılmıştır. Geliştirilen "Menü Denetim Listesi" 3 kısımdan oluşturulmuştur. Bunlar sırasıyla subjektif özellikler, Kurum Beslenme Servisi Örgütünün özellikleri ve genel Menü Denetim Kriterleri yönündendir (1).

Menülerin sağladığı enerji ve besin öğeleri değerleri hesaplanarak, menüler bu yönden de incelenmiştir (5). Her iki yönden incelenen menüler uygun istatistikî testlerle, diyetisyeni olan ve olmayan kuruluşlar açısından karşılaştırılmıştır (6).

Bu araştırmada kuruluşlarda yemek yiyen toplam 1.150 kişiden "Tabakalı Rastgele Örneklenme" yöntemiyle seçilen 400 kişinin menülere ilişkin görüşleri ve yemek tercihleri soruşturma yöntemiyle saptanmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya alınan kuruluşların Toplu Beslenme hizmetleri yönünden bazı özellikleri incelendiğinde, Kuruluşların yarısında Beslenme Servisi Örgütünün yönetim ve denetiminden sorumlu diyetisyen bulunmamaktadır. Toplu Beslenme hizmetleri konu ile ilgili bir ekibin işidir ve bu ekibin başında da bu hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu, konunun uzmanı diyetisyen/diyetisyenler bulunmalıdır (7).

Kuruluşlar personeline belirli aralıklarla hizmetiçi eğitim verip vermeme yönünden incelendiğinde, dikkati çeken nokta kuruluşların çoğunda (%66.7) böyle bir eğitimin verilmiyor olmasıdır. Mutfak ve yemekhane personeline yapılan eğitimin etkinliği Doğru-kartal'ın (8) yaptığı bir çalışmada vurgulanmaktadır.

Toplu Beslenme hizmetlerinin temelinde, tüketici memnuniyeti önemli yer tutmalıdır. Oysaki başta menü planlama işleminde olsun, hemen hiçbir toplu beslenme yapılan kuruluşta tüketici görüşü önem taşımamaktadır. Nitekim bu çalışmada, menü planlamadan önce veya menü planlarken tüketici görüşlerini gözönünde bulunduran ancak 2 kuruluş (%33.3) saptanmıştır. Oysaki menü planlarken, bu menülerde yer alacak yemekleri tüketecek kişilerin yemek alışkanlıkları ve tercihleri son derece önemlidir. Teknik olarak mükemmel, ancak tüketilmeyen yemeklerden oluşan menüler hem kuruluşu zarara sokar, hem de tüketiciyi huzursuz kılar. Bu nedenle menü planlamadan önce ve sonra yapılacak bazı çalışmalarla (formal, informal ve anket yöntemleri) ve geliştirilen

"Menü denetim Listeleri" yardımıyla menüler planlanmalı ve uygulanmalıdır (1, 5, 9, 10).

Tablo 1'de menülerin "Menü Denetim Listesi" kriterlerine göre değerlendirilmesi verilmiştir. Tablo dan da anlaşılacağı gibi, diyetisyeni olan ve olmayan kuruluşların menüleri arasında alınan puanlar açısından önemli farklılıklar saptanmıştır ($P<0.05$). Bu farklılık en çok Sübjektif Özellikler ve Genel Menü Denetim Kriterleri yönündedir. Diyetisyeni olan kuruluşların ortalama aldığı puan %88.8. diğer kuruluşların %59.0 dir.

Menü planlama rastgele değil, birçok faktörün gözönünde bulundurulması gereken önemli bir işlemdir. Menü planlayıcı, planlama yapmadan önce hizmeti veren kuruluşun Kurum Beslenme Servisi olanakları ve tüketicilerin özellikleri ile ilgili tüm verilerle ilgili bir ön çalışma yapmış olmalıdır. Bunun için kuruluşta daha önce uygulanmış menüler, bunların uygulamadaki başarı düzeyleri, kuruluşun bütçe olanakları, mutfak ve yemekhane koşulları, mevsimsel ve yöresel özellikler incelenmelidir. Tüm bu verilerden hareket edilerek menülerde yer alabilecek yemek gruplarına ait yemekleri içeren liste, sebze ve meyvelerin bol bulunduğu ayları gösteren çizelge yardımıyla; boş menü formlarında, menülerde her yönden çeşitliliği sağlayacak şekilde menü planlama işlemine geçilir. Menüler planlandıktan sonra oluşturulacak "Menü Denetim Listesi" yardımıyla denetlenmelidir. Uygunluğu onaylanan menüler uygulandıktan sonra da uygulamadaki başarıları yönünden incelenmelidir (1, 7).

Tablo 2'de menülerin sağladığı enerji ve besin öğeleri miktarları gösterilmiştir. Görüldüğü gibi diyetisyeni olmayan kuruluşların menülerinin sağladığı enerji ve besin öğeleri değerleri daha yüksektir. Farklılık özellikle menülerin enerji ($p<0.0001$), protein ($p<0.0001$) ve yağ ($p<0.001$) içerikleri yönündedir. Günlük enerji ve besin öğeleri gereksiniminin öğünlere dağılımı gözönünde bulundurulduğunda da, diyetisyeni olmayan kuruluş menülerinin bunun çok üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum, yaşları çoğunlukla orta yaş düzeyinde olan ve masa

başında çalışan bireyler için sağlık yönünden oldukça riskli olabilir. Diyetle fazla enerji alınımının, başta şişmanlık ve kalp-damar hastalıkları olmak üzere, birçok sağlık sorununun temel nedeni olduğu bilinmektedir. Ayrıca çalışanların öğle yemeğinde fazla enerji tüketimi uyku haline yolaçarak, iş verimini de olumsuz etkileyebilmektedir. Tüm bu nedenlerden ve Toplu Beslenme hizmetlerindeki etkinliklerinden dolayı bu hizmetlerin konunun uzmanları tarafından yürütülmesi gerekmektedir (2, 5, 11-15).

Kuruluşlarda yemek yiyen tüketicilerden 400 kişinin yemek tercihleri saptanmış ve menülerde genellikle sevilen/tercih edilen yemek/iyeceklerin sırasıyla meyveler (%91.0), çorbalar (90.5), tatlılar (%87.5) ve yoğurt-cacık (%86.7) olduğu belirlenmiştir. Tüketiciler tarafından sevilmeyen yemekler sırasıyla komposto ve hoşafalar (%45.5), turşu (%39.0), etli kurubaklagil yemekleri (%39.0) ve makarnalardır (%33.0). Tüketicilerin yemek tercihlerinin de araştırıldığı diğer çalışmalarda önem sırası değişmekle birlikte sevilmeyen ve artık bırakılan yemeklerin genellikle benzer yemekler olduğu görülmektedir (16-19). Menülerde sevilmeyen yemeklere sıkça yer verilmesi yemek artıklarının fazla olmasına yolaçar. Oysaki Toplu Beslenme hizmetlerinde amaç, tüketicilerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılayan, sevilerek tüketilen yemekleri içeren, sağlıklı ve ekonomik menüler sunmaktır.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmanın sonuçları Toplu Beslenme yapılan kuruluşlarda menü planlama ile ilgili bazı sorunlar olduğunu, bu sorunların da tüketicilerin sunulan hizmetten yeterince yararlanmasını engellediğini, konunun uzmanları tarafından planlanmış menülerin menü planlama ilkeleri doğrultusunda olmadığını ve etkin bir menü yönetim ve denetiminin sağlanmadığını göstermektedir. Bu nedenle sadece menü planlama işleminin değil, tüm Toplu Beslenme işlemlerinin konunun uzmanları tarafından yürütülmesi sağlanmalıdır. Toplu Beslenme yöneticileri de, hizmetin her aşaması için kaliteyi sağlayacak ve konu ile ilgili standartları kapsayacak "Denetim Listeleri" geliştirmeli ve bunları uygulamalıdır.

TABLO 1: Menülerin "Menü Denetim Listesi" Kriterlerine Göre Değerlendirilmesi

TABLO 1: Menülerin 'Menü Denetim Listesi' Kriterlerine Göre Değerlendirilmesi		
KRİTERLER	Diyetisyeni Olan Kuruluşlar % Puan	Diyetisyeni Olmayan Kuruluşlar % Puan
Sübjektif Yönden	92.6	68.6
Kurum Yönünden	98.8	93.4
Genel Menü Denetimi Yönünden	75.0	15.0
ORTALAMA	88.8	59.0

TABLO 2 : Menülerin Sağladığı Enerji ve Besin öğeleri Ortalamaları

Enerji ve Besin öğeleri	Diyetisyeni Olan Kuruluşlar X ±SD		Diyetisyeni Olmayan Kuruluşlar X ±SD		t	p
Enerji (Kal)	783	78	975	237	5.96	< 0.0001
Protein (g)	27.7	4.6	33.5	8.4	4.62	<0.0001
Yağ (g)	37.2	5.2	47.7	23.9	3.32	<0.001
Ca (mg)	205	165	222	86	0.74	>0.05
Fe (mg)	5.7	1.8	6.8	1.7	3.41	<0.001
Vit A (IU)	2604	1996	2729	2300	0.32	>0.05
Vit B1 (mg)	0.43	0.27	0.49	0.16	1.48	<0.05
Vit B2 (mg)	0.44	0.11	0.55	0.24	3.11	<0.05
Niasin (mg)	6.5	1.8	8.3	3.4	3.54	<0.001
Vit C (mg)	41	14	47	23	1.75	>0.05

KAYNAKLAR

1. Beyhan Y., Çiğirim N.: Toplu Beslenme Sistemlerinde Menü Yönetim ve Denetimi, Kök Yayıncılık, Ankara, 1995.
2. Baysal A.: Toplu Beslenme Yapılan Kuruluşların Önemi ve Bu Kuruluşlarda Yemek Planlama Ülkeleri, MPM Yayınları, No: 325, Ankara, 1985.
3. Baysal A.: Beslenme Üretim İlişkileri ve Türkiye'de Toplu Beslenmenin Önemi, MPM Yayınları, No: 214, Ankara, 1978.
4. Çiğirim N., Beyhan Y.: Menü Tipleri ve Menü Örnekleri, Yiyecek İçecek Hizmeti Veren İşletmelerde Menü Planlama, UNIPRO Eğitim Seminerleri, Ankara, 1994.
5. Baysal A., Keçeciöğlü S., Güneyli U. ve ark.: Besinlerin Bileşimleri, Türkiye Diyetisyenler Yayıını, No: 1, Ankara, 1991.
6. Sumbüloğlu K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik, Matış yayınları, Ankara, 1978.
7. Beyhan Y.: Çalışma Hayatında Toplu Beslenme Hizmetlerinin Yönetimi. Türk-İş Yayınları, No: 189, 1997.
8. Doğrukartal K., Güneyli U.: Kurum Mutfaklarında Çalışan Aşçı ve Garsonların Kişisel ve Çevre Temizliği Konularındaki Bilgileri ve Uygulanan Eğitimin Etkisi, Beslenme ve Diyet Dergisi, 16: 209, 1987.
9. Baysal A., Kutluay T.M.: Menü Planlama Ülkeleri, Yiyecek İçecek Hizmeti Veren İşletmelerde Menü Planlama, UNIPRO Eğitim Seminerleri, Ankara, 1994.
10. Comings A.R.: Quality Control Principles: Applications in Dietetics Practice, j. Am. Diet. Assoc., 93 (11) 6: 1296, 1993.
11. Baysal A.: Beslenme, HÜ Yayınları, a/13, Ankara, 1987.
12. Kotschevar L.: Management by Menu. John Willey Sons. Inc., USA, 1987.
13. Halling J.F., Hess, A.M.: Vision Reality: ADA Members of Food Management Experts.. Am. Diet. Assoc., 95 (2): 716, 1995.
14. Sneed J., Burghalter J.P.: Marketing Nutrition in Retaurant, A Survey of Current Practice and Attitudes. J. Am. Diet. Assoc., 91 (4) 459, 1992.
15. Güneyli U., Yücecan S.: Farklı Sosyoekonomik Bölgelerdeki Lise Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Sorunları, XIX Diabet Günleri Gençlik ve Beslenme Kongresi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Diabet Yıllığı, 4: 227, İstanbul, 1985.
16. Beyhan Y.: Kamu Kuruluşlarında Oluşan YemekArtıkları, Nedenleri, Saptama Yöntemi ve Bazı Değişkenlerle Etkileşimi, Gıda Teknolojisi, 1 (4): 40, 1996.
17. Doğrukartal K.: Hacettepe Üniversitesi Merkez Kmpüsündeki Öğrenci ve Personel Yemekhanelerinde Oluşan Artıklar, Maliyet ve Nedenleri, Beslenme ve Diyetetik Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1994.
18. Işıksoluğu M.K.: niversitede Verilen Öğle Yemeğinin Kız Öğrencilerin Beslenme Durumuna Etkisi, Gıda, 4: 246, 1987.

ANKARA İLİNDE BULUNAN ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI ve AİLE PLANLAMASI MERKEZLERİ İLE SAĞLIK OCAKLARINA BAŞVURAN GEBE KADINLARIN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ SAPTANMASI

Doç. Dr. Sıdıka BULDUK, Yrd. Doç. Dr. Nevin ŞANLIER

Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Bölümü Öğretim Üyesi

ÖZET

Ankara ili merkezinde ve ilçelerinde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Merkezleri ile Sağlık Ocaklarına başvuran 600 gebe kadının beslenme durumları ve alışkanlıkları incelenmiştir.

Gebe kadınların %38.7'sinin sütü hergün tükettiği, %24.2'sinin hiç tüketmediği, %36.7'sinin eti haftada bir iki, %59.7'sinin pekmezi, %55.0'nin kuru meyveyi hiç tüketmediği ancak kadınların %82.2'sinin çayı her gün tükettiği saptanmıştır. Ayrıca kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe süt, yoğurt, peynir, et, kurubaklagil, sebze ve meyva tüketimlerinin arttığı tespit edilmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların %52.8'i 24 ve altı yaşta, %54.0'u ilkököl mezunu, %86.3'ü ev hanımı, ortalama gebelik sayısı 2.10 ± 1.17 dir. Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe gebelik sayısının düştüğü tespit edilmiştir.

SUMMARY

The habits and nutrition status of 600 pregnant women are examined, who applied to Health Centers and Mother Child Health and Family Planning Centers placed in the Center of Ankara and its towns.

52.8% of these women are 24 years old or even younger, and 54.0% of them are graduated from primary school. 86.3% of them are house wife, and average number of pregnancy is 2.10 ± 1.17 . This research showed that the higher education level the woman has, the lower number of pregnancy she has.

As a result of the study, it is indicated that the women who received high education level generally consume more amount of milk, yogurt, cheese, meat, dry legumens, vegetable and fruit. The difference between them is found significant ($p<0.05$).

Giriş ve Amaç: Gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki beslenme hem anneyi hem de bebeği önemli ölçüde etkiler. Çocuklar ve gebe kadınlar toplumun risk grubunu oluşturmaktadır. Gebelik dönemindeki yetersiz ve dengesiz beslenme ile bebeğin beyin gelişimi, doğum ağırlığı ve intrauterin ölçümleri arasında önemli ilişki vardır (1).

Gebelikte kadının besin gereksinimleri artar. Artan enerji ve besin öğeleri gereksinimleri karşılanmadığı takdirde annede anemi ve osteomalasia başta olmak üzere çeşitli hastalıklar ortaya çıkabilmekte, enfeksiyonlara karşı direnç azalmaktadır (2). Çocuğun optimum büyümesi besin öğelerinin yeterli düzeyde alınmasıyla mümkün olabilmektedir.

Bu araştırma, gebe kadınların beslenme alışkanlıklarını saptamak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamına Ankara ilinde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Merkezine (AÇS/AP) ve Sağlık Ocaklarına Mart-Mayıs 1997 tarihleri arasında başvuran 600 gebe kadın alınmıştır.

Kadınlara kendileri ve aileleri ile ilgili genel bilgileri, besin tüketim sıklığı ve miktarlarını tespit etmek amacıyla hazırlanan soru formları araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Veriler kodlanarak bilgisayarda değerlendirilmiştir. Gerekli yerlerde sayı, yüzde alınmıştır. Varyans analizleri yapılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Gebe kadınların kendileri ve ailelerine ilişkin bilgiler Tablo I'de gösterilmiştir.

Gebe kadınların %38.8'i 20-24 yaş arasında, eşlerinin %38.0'ı 25-29 yaş arası iken kadınların %54.0'ı ilkököl mezunu, eşlerinin %34.8'i ilkököl mezunudur. Gebe kadınların %86.3'ü ev hanımı, %13.7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Eşlerin %93.8'i herhangi bir işte çalışırken %6.2'si çalışmamaktadır. Arslan ve arkadaşları (3) gebe kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada, kadınların %66.9'unun ilkököl mezunu olduğunu, %4.3'ünün okur-yazar olmadığını ve kadınların %85.5'inin ev hanımı olduğunu tespit etmişlerdir. Öğrenim durumu toplumun sosyal yapısının en önemli belirleyicisidir. Öğrenim durumunun yetersizliğine bağlı olarak çalışan kadının oranı da düşmektedir. Küçük (4) Zonguldak'ta yaptığı çalışmada benzer bulguları saptamıştır ve sonuçlar bu araştırma bulgularını desteklemektedir.

Gebe kadınlara ait genel bilgilerin dağılımı Tablo II'de verilmiştir.

Gebe kadınların %18.2'si eşleri ile akraba iken %81.8'i akraba değildir. Kadınların %49.8'inin gebelik sayısı 2-3 iken ortalama gebelik sayısı 2.10 ± 1.17 iken %81.5'inin ölen çocuğu bulunmamakta ve %1.7'si özürlü çocuğa sahiptir. Çocukların %60.0'ı ortopedik ve görme özürlüdür. Farklı sosyoekonomik düzeyde bulunan 1890 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada da, kadınların %83.8'inin eşi ile akraba olmadığı, %51.4'ünün 2-3 gebelik geçirdiği, %72.5'inin ölen çocuğunun olmadığı saptanmıştır (5). Sonuçlar bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Annelerin eğitim düzeylerine göre gebelik sayısının dağılımı Tablo III'de verilmiştir.

Okur-yazar olmayan kadınların %42.9'u dört gebelik geçirirken, ilkököl mezunu kadınların %21.9'u üç gebelik, lise mezunu kadınların %34.8'i, üniversite mezunu kadınların %41.2'si iki gebelik geçirmiştir. Bulduk (5) yaptığı çalışmada, annenin eğitim düzeyi ve gebelik sayısı arasındaki ilişkiyi önemli bulmuştur. Yapılan bir başka araştırmada kadınların %63.9'unun gebelik sayısının 1-2 olduğu ve %62.8'inin ilkököl mezunu olduğunu saptanmıştır (6).

Gebe kadınların besin tüketim sıklıklarının dağılımı Tablo IV'de verilmiştir.

Gebe kadınların %38.7'si sütü hergün tüketirken %24.2'si hiç tüketmemektedir. %85.2'si beyaz peyniri hergün, %95.7'si süttümezi hiç, %41.0'ı yumurtayı hergün, %36.7'si kırmızı eti, %38.2'si tavuk-balığı, %51.3'ü kurubaklagilleri haftada bir iki tüketirken %59.7'si pekmezi, %55.0 kuru meyvaları hiç tüketmemektedir. Ayrıca kadınların %53.7'si margarini %92.8'i sıvı yağı, %82.2'si çayı hergün tüketmektedir. Küçük (4) gebe kadınların çoğunun et ve et ürünlerini haftada 1-2 kez tükettiğini, %61.0'unun yumurtayı hergün tükettiğini ve çayın en çok tüketilen içecek olduğunu saptamıştır. Açıktır ve arkadaşları (2) nin yaptığı çalışmada da benzer

sonuçlar çıkmıştır. Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların günlük besin tüketim miktarları Tablo V'de gösterilmiştir.

Gebelik döneminde içerdiği besin öğeleri açısından önemli olan süt ve yoğurdun günlük tüketim miktarı 266.6 ± 177.1 g, peynir tüketimi 38.0 ± 18.8 g, Kırmızı et tüketimi 60.7 ± 27.6 g, yumurta tüketimi 44.3 ± 11.4 g olarak tespit edilmiştir. Oysa bu dönemde süt ve türevleri, et, taze sebze ve meyva tüketiminin düşük olması yeme alışkanlıklarının olmaması veya pahalı olmasından kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (3, 4, 7).

Gebe kadınların günlük besin tüketimlerinin eğitim durumları arasındaki ilişki Tablo VI'da verilmiştir.

Gebe kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe süt-yoğurt, peynir, kırmızı et, tavuk balık, kurubaklagiller, sebzeler, meyvaların tüketim düzeylerinin attığı tespit edilmiştir. Süt-yoğurt, kırmızı et, tavuk balık, sebze, yağ tüketimleri ile eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Ankara ilinde yapılan bir çalışmada kırsal kesimdeki kadınların %28.0'inin, kentsel bölgedeki kadınların %32.0'sinin gebelik süresince süt, taze sebze ve meyva tükettikleri saptanırken (8) bir başka çalışmada kadınların gebelikleri süresince beslenmelerine herhangi bir besin eklemedikleri ve çok az annenin bu dönemde beslenmesine özen gösterdiği tespit edilmiştir (9).

Sonuç ve Öneriler: Ankara ili merkez ve ilçelerinde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Sağlık Ocaklarına başvuran 600 kadının beslenme durumları ve alışkanlıkları incelenmiştir.

Kadınların %52.81 24 yaşın altında, %54.0'ü ilkökul mezunu, %86.3'ü en hanımdır. Ayrıca kadınların %18.2'si eşleri ile araba raba iken %31.5'inin gebelik sayısının iki olduğu, %18.5'inin özerli çocuğunun olduğu tespit edilmiştir.

Gebe kadınların %38.7'si sütü hergün tüketirken %24.2'sinin hiç tüketmediği, %59.7'sinin eti haftada 1-2 tükettiği, %59.7'sinin pekmezi hiç tüketmediği ancak %82.2'sinin çayı her gün tükettiği saptanmıştır.

Kadınların kendilerinin ve doğacak bebeklerinin sağlığı açısından büyük önem taşıyan protein, vitamin ve minerallerin ana kaynakları olan süt ve türevleri, et ve türevleri, sebze ve meyvaları günlük tüketim durumları gereksinimi karşılayacak düzeyde değildir. Ancak bu besinlerin tüketim durumları kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe artmaktadır ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Toplumun sağlığının korunması ve sürdürülmesini sağlayan en büyük etmen eğitimidir. Eğitim ve iletişim kapasitesinin harekete geçirilmesiyle günümüzün temel yaşam bilgi ve becerilerinin tüm ailelerin hizmetine sunulmasında fayda vardır. Eğitim hizmetlerinin verilmesinde beslenme uzmanları, diyetisyenler ve beslenme öğretmenlerine büyük görev düşmektedir. Gebe kadınların uygun şekilde beslenmesine yönelik beslenme eğitiminin, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde, Sağlık Ocaklarında ve yaygın eğitim veren Halk Eğitim Merkezlerinde verilmesinin ayrıca besin desteklemelerinin yapılmasına öncelik tanınmasında yarar olacağı kanaatindeyiz.

Tablo I. Gebe Kadının ve Eşlerinin Yaşı, Eğitim Durumu ve Mesleklerinin Dağılımı

Değişkenler	Kadın (n:600)		Erkek (n:600)	
	S	%	S	%
Yaş(yıl)				
19 ve altı	84	14.0	1	0.2
20-24	233	38.8	126	21.0
25-29	177	29.5	229	38.0
30-34	76	12.7	157	26.2
35-39	24	4.0	64	10.7
40 ve üstü	6	1.0	23	3.8
Eğitim Durumu				
Okur Yazar Değil	14	2.3	1	0.2
Okur Yazar	15	2.5	3	0.5
İlkokul Mezunu	324	54.0	209	34.8
Ortaokul Mezunu	81	13.5	128	21.3
Lise/Dengi Okul Mezunu	115	19.2	166	27.7
Yüksek Okul Mezunu	51	8.5	93	15.5
Meslek Durumu				
İlmi ve Teknik Eleman	32	5.3	270	45.0
Serbest Meslek Sahipleri Mütteşebbisler, Direktörler	1	0.2	13	2.2
Üst Kademe Yöneticiler				
İdari Personel vb. Çalışanlar	38	6.3	85	14.2
Ticaret ve Satış personeli	3	0.5	32	5.3
Şahsi Hizmet İшінde Çalışanlar	8	1.3	91	15.2
Tarım, Hayvancılık, Ormancılık	-	-	5	0.8
Tarım Dışı Üretim Faaliyetlerinde Çalışanlar	-	-	30	5.0
Mevsimlik İşçiler	-	-	37	6.2
Ev hanımı	518	86.3	-	-
Çalışmıyor	-	-	37	6.2

Tablo II; Gebe Kadınlara İlişkin Genel Bilgiler (n:600)

Genel Bilgiler		
	S	%
Akrabalık Durumu		
Akraba	109	18.2
Akraba Değil	491	81.8
Gebelik Sayısı		
1	230	38.4
2	189	31.5
3	110	18.3
4	44	7.3
5 ve üstü	27	4.5
Ölen Çocuk Sayısı		
Yok	489	81.5
1	85	14.2
2	15	2.5
3	9	1.5
4 ve üstü	2	0.3
Özürlü Çocugu		
Var	10	1.7
Yok	591	98.4
Özür Nedeni		
Akraba Evliliği	3	30.0
Doğum Hatası	3	30.0
Kaza Sonucu	1	10.0
Hastalık Sonucu	1	10.0
Bilinmiyor	2	20.0
Özürün Bulunduğu Yer		
Ortopedik	3	30.0
Görme	3	30.0
İşitme	1	10.0
Zeka	2	20.0
Diğer Bedensel Özür	1	10.0

Tablo III; Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı

Annenin Eğitim Düzeyi	Gebelik Sayısı									
	Bir		İki		Üç		Dört		Beş ve üstü	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Okur Yazar Değil	3	21.4	1	7.1	2	14.3	6	42.9	2	14.3
Okur Yazar	5	33.3	4	26.7	2	13.3	-	-	4	16.6
İlkokul Mezunu	107	33.0	96	29.6	71	21.9	31	9.6	19	5.9
Ortaokul Mezunu	37	45.7	27	33.3	15	18.5	1	1.2	1	1.2
Lise/Dengi Okul Mezunu	56	48.7	40	34.8	16	13.9	2	1.7	1	0.9
Yüksek Okul Mezunu	22	43.1	21	41.2	4	7.8	4	7.8	-	-

Tablo IV; Gebe Kadınların Besim Tüketim Sıklıklarına Göre Dağılımı (%)

Besinler	Hiç	Hergün	Günaşırı	Haftada 1-2	15 günde bir	Ayda bir
Süt	24.2	38.7	13.3	19.8	2.5	1.5
Yoğurt	3.3	50.7	24.8	19.0	1.3	0.8
Beyaz Peynir	5.8	85.2	4.5	3.7	0.4	0.4
Kaşar Peynir	64.0	10.3	3.2	10.5	3.2	3.9
Çökelek	69.2	10.7	2.7	10.5	3.2	3.9
Süttozu	95.7	1.3	0.5	1.0	1.0	0.7
Yumurta	5.3	41.0	26.2	24.2	2.7	0.7
Kırmızı Et	8.8	14.8	10.7	36.7	18.2	10.9
Tavuk-Balık	13.7	2.9	4.5	38.2	28.7	12.8
Et Ürünleri	36.8	4.7	4.8	22.3	18.5	12.8
Kurubaklagiller	6.7	8.5	13.3	51.3	17.3	2.8
Yeşil Yapraklı Sebzeler	1.2	56.7	16.7	22.5	2.5	0.5
Diğer Sebzeler	8.8	11.8	11.0	53.8	12.5	2.0
Turunçgiller	7.0	53.7	16.3	18.0	4.0	1.0
Diğer Meyvalar	4.0	61.2	16.5	16.3	1.5	0.5
Kuru Meyvalar	55.0	6.8	2.5	11.2	13.8	10.7
Pekmez	59.7	14.0	6.3	12.8	5.0	2.2
Margarin	33.2	53.7	5.7	5.7	0.5	1.3
Sıvı Yağ	1.8	92.8	1.8	2.3	1.0	0.2
Yağlı tohumlar	42.5	8.0	4.8	23.0	14.7	7.0
Çay	12.5	80.2	2.7	2.2	0.3	0.2
Kahve	66.0	3.3	3.3	13.2	9.5	4.7
Kolalı İçecekler	31.5	11.0	10.0	29.5	13.3	4.3

Tablo V: Gebe Kadınların Günlük Besin Tüketim Durumları (g/gün)

Besinler	Miktar (g/gün)			
	Gereksinim	\bar{x}	\pm	SD
Süt-yoğurt	500	226.6	\pm	177.1
Peynir	60	38.0	\pm	18.8
Kırmızı et, tavuk, balık	200	60.7	\pm	27.6
Yumurta	50	44.3	\pm	11.4
Kurubaklagil	50	66.9	\pm	32.1
Yeşil yapraklı sebzeler, diğer sebzeler	500	294.3	\pm	186.2
Meyvalar	500	204.4	\pm	153.8
Yağ	40	36.3	\pm	27.6
Şeker	30.	39.5	\pm	27.6

Tablo VI: Gebe Kadınların Günlük Besin Tüketimlerinin Ortalamaları ve Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması

Besinler	Eğitim Durumu							F değeri	p
	Okur Yazar Değil	Okur Yazar	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise/dengi Okul Mezunu	Yüksekokul Mezunu			
Süt-yoğurt	266.7	286.1	238.5	276.0	284.3	344.8	3.20	*	
Peynir	35.4	30.3	36.8	39.3	39.8	42.8	1.63	**	
Kırmızı et	60.2	72.4	53.6	62.5	67.2	83.1	3.99	*	
Tavuk, balık	52.5	35.2	70.6	75.1	73.1	97.6	2.26	*	
Yumurta	53.9	50.4	42.6	43.7	45.4	50.5	1.82	**	
Kurubaklagil	61.3	45.2	61.5	77.2	71.1	74.0	2.04	**	
Sebzeler	234.4	236.3	286.3	316.2	301.6	326.2	0.93	*	
Meyvalar	180.9	218.6	186.2	204.9	243.6	235.6	2.77	*	
Yağ	42.5	46.3	35.0	31.1	40.8	48.4	4.06	*	
Şeker	28.1	38.1	39.1	36.4	48.1	31.1	1.12	**	

* p<0.05

** p>0.05

KAYNAKLAR

1. Sürücüoğlu M.S., Özçelik, A.Ö., Çakıroğlu, F.P.: 0-24 Aylık Çocuklarda Beslenme Değerlendirmesi. Sendrom, 76-79, 1996.
2. Açkurt F., Löker M., Wetherill H.: Pre ve Post-natural Dönemlerdeki Annelerin Besim Tüketimi: Kan ve Anne Sütü Vitamin ve Mineral Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 25 (2): 5-15, 1996.
3. Arslan P., Karaağaoğlu N., Ocal Z., Mermer G., Yemişçi E.: Gebe Kadınlara Yapılan Beslenme Eğitiminin Gebelerin Beslenme ve Genel Sağlık Durumları Üzerine Etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 21 (2): 9-24, 1992.
4. Kaçak H.: Zonguldak Ana Sağlık Merkezine Başvuran Kadınların Beslenme Durumu. GÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara, 1989.
5. Bulduk S.: Ankara'da Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 0-6 Yaş Çocuklarının Beslenme Durumlarının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Doçentlik Tezi. Ankara, 1995.
6. Arslan P., Karaağaoğlu N., Samur G.: Çocukların Beslenme, Büyüme, Bağışıklama, İslah ve Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi Konularında Annelerin Eğitimi Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma. Beslenme Eğitimi ve Araştırma Projesi Raporu, 1996.
7. Baysal A., Karaağaoğlu N., Taşçı N., Aksoy C., Kasap G.: Gebe ve Emzikli Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Bunun Anne Sağlığı ve Çocuk Ölümleri ile İlişkisi, Beslenme ve Diyet Dergisi, 14: 7-23, 1985.
8. Tüzün N.: Anne Gıda Tüketiminin Sütün Bileşimine Etkisi, HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Gıda Bilimleri Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara, 1989.
9. Köksal O., Kayakırılmaz K.: Gebelikte ve Emzilikte Beslenme, Büyüme ve Gelişme İlişkileri, TÜBİTAK TAG. G-501 Nolu Araştırma Projesi Raporu. Ankara, 1985.

BALERİNLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI

Prof. Dr. Meral AKSOY*, İlnur TÜTÜNCÜ*, Ar. Gör. Mehtap AKÇİL*

*HÜ Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

ÖZET

Amaç: Bale sporu-sanatı yapan kişilerde doğru vücut biçimi ve ağırlığı diğer sportif yeteneklerden önde gelmektedir. İyi postürel gelişim ve onun korunması beslenmeye ilişkilidir ve doğru beslenme alışkanlığı kazanmak iskelet yapısının gelişiminin tam olmasını sağlamaktadır. Bu çalışmada, ülkemizde gelişmekte olan bu sanatı uygulayan ve uygulayacak kişilerin besin tüketimine verdikleri önemi saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya, HÜ Devlet Konservatuvarı Bale Bölümünden yaşları 15-19 arasında değişen 15 öğrenci, Devlet Opera Balesinden 15 profesyonel balerin ve iki grubun yaşlarına uygun olarak 15 kontrol grubu Basit Rasgele Örnekleme yöntemiyle alınmıştır. Deneklerin iki günlük besin tüketimi ve enerji harcamaları kayıt yöntemiyle saptanmıştır.

Bulgular: Deneklerin egzersiz yapmadıkları günlerdeki enerji ve besin öğeleri alımları incelendiğinde, kontrol grubu ile profesyonel balerinlerin enerji alımları açısından aralarından önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$), ancak profesyonel balerinlerin karbonhidratı daha az, proteini ve yağı ise daha fazla aldıkları saptanmıştır. Öğrenci balerinlerin ise enerji ve besin öğeleri alımlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu ve enerji alımının istatistiksel açıdan önemli olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Hem öğrenci hem de profesyonel balerinlerin egzersiz yaptıkları gün enerji ve besin öğeleri değerleri kontrol grubuna göre (yağ ve protein) hariç önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Profesyonel balerinler uzun yıllar eğitim almaları nedeniyle vücutlarını ve harcamalarını doğru kullanmasını öğrenmişlerdir. Öğrenci balerinler henüz gelişmekte oldukları için gereksinimleri daha fazladır. Ancak baleyi seçen kişilere hem gelişmenin ve postürlerinin sağlıklı olabilmesi hem de sanatlarını daha verimli yapabilmeleri için beslenme bilgisi ve eğitimi verilmesi elzemdir.

SUMMARY

Objectives: Right and good body structure is very important for ballets. Having their structure depends on the nutritional status of person. Ballet has been developing spor and art in Turkey yet. Therefore this study was planned to find out the nutritional knowledge of Turkish ballets.

Material-Methods: 45 People were included into the research. They divided into three groups of 15 people. Group I was professional ballet, group II was student ballet and group III was control that has the same age and BMI with the other groups. Their food consumption and expended energy were recorded for exercise and resting days.

Results: There were no differences between the food consumption and energy intake of group I and group III. However it was noticed that professional ballets consuming lower carbohydrate, but higher amount of protein and fat that of the control group ($p<0.05$). Energy and nutrients intake of the student group II was found to be statistically lower than the control group ($p<0.05$). Moreover energy expenditures of the two ballet groups were to be higher than that of the control group on the exercise day ($p<0.05$).

Conclusions: The student ballets are still in adolescent periods, but the professional ballet group has already been completed this period. Therefore the energy and nutrients requirements should be different between two groups. The group I has already known how to use and control their body professionally.

Giriş ve Amaç: Balerinler, kendisi ile rekabet eden bir sporcu olup üst düzeyli bir artisttir. Bale sporunda, doğru vücut biçimi ve kilosu diğer sportif yeteneklerden önce gelir ve en uygun vücut biçimi uzun ve düzgün olmalıdır (1).

Baleye başlama yaşı genellikle 6-8 yıl'dır. Bu yaşlar, hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu dönem olup, bu sırada kazanılan vücut yapısı yani postür sporcunun gelecekteki başarılarında rol oynar. Çocuklukta oluşturulan düzgün bir postür, ileri yaşlarda doğacak dejeneratif değişiklikleri yavaşlatmada yardımcı olacaktır.

İyi postürel gelişim ve onun korunması temel olarak beslenmeye dayalıdır ve kan dolaşımının, iskelet yapısının gelişiminin tam olmasını sağlar.

Bale sporunda aranan vücut bileşimini ve kendilerini düşük kiloda tutmaya çalışan balerinler sürekli olarak ya yiyeceklerini kısıtlarlar veya tüketmeme yoluna giderler. Ayrıca ek vitamin-mineral tabletleri kullanırlar (2).

Araştırma ülkemizde gelişmekte olan bu sanatı uygulayan ve uygulayacak kişilerin besin tüketimlerine verdikleri önemi saptamak amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Bale Bölümünden yaşları 15-19 yıl arasında değişen 15 öğrenci, Devlet Opera Balesi'nden yaşları 20-43 yıl arasında değişen 15 profesyonel balerin ve bu iki grubun yaşlarına uygun olarak seçilen 15 kontrol grubu olmak üzere toplam 45 bayan üzerinde yapılmıştır. Besin tüketimi ve enerji harcamaları da kayıt yöntemiyle saptanmıştır. Deneklerin seçiminde Basit Rasgele Örnekleme Yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmaya giren balerinler için egzersiz yaptıkları ve yapmadıkları günler için birer günlük, kontrol grubu için 2 günlük olmak üzere bireysel besin tüketimi alınmış ve günlük enerji tüketimleriyle ana besin öğeleri saptanmıştır. Fiziksel aktivite için harcadıkları enerji değerleri de yine besin tüketiminin yapıldığı günlerde her hareketleri için kayıt tutularak yapılmış ve standartlardan hesaplanmıştır. Deneklerin bazal metabolizma için harcadıkları enerji hesabında WHO'nun saptadığı formüller kullanılmıştır (2). Deneklerin fiziksel aktivite için harcadıkları enerji ise WHO/FAO tarafından belirtilen katsayılar yardımı ile hesaplanmıştır (3). Deneklerin ağırlık durumları, WHO'nun beden kitle indeksi (BKI) için saptadığı sınırlara göre değerlendirilmiştir (4). BKI ise BKI=ağırlık (kg)/boy (m)² formülünden hesaplanmıştır.

Harcanan enerji ile tüketilen ortalama enerji, karbonhidrat ve yağ miktarlarının gruplar arası karşılaştırılmasında "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi" kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya alınan deneklerin yaş, boy, vücut ağırlığı ve BKİleri Tablo 1'de verilmiştir. Grupların bu parametreleri arasında fark yoktur. Profesyonel ve öğrenci balerinler arasında BKİ'ne göre şişman bulunmamaktadır (Tablo 2). Genelikle bu spor-sanat dalına seçilen kişilerin ailelerinde genetik olarak şişman bulunmamasına dikkat edilir ve ağırlıklarını ideal kilolarının %6 ile %12 arasında tutmaya çalışırlar (1). Bale çalışmalarında (koreografi hariç) enerji harcaması fazla olmamaktadır. Çünkü bale nonaerobik çalışmadır, dolayısıyla düşük kiloda kalma sadece dans ederek sağlanamaz (5). Bundan dolayı ince vücut yapılarını korumaları, onları diyetle az enerji almaya iter. Ancak bu çalışmada olduğu gibi çoğu gelişme çağındadır, bu bağlamda gereksinimleri ve bazal metabolik harcamaları yüksektir (6).

Deneklerin egzersiz yapmadıkları gün enerji ve ana besin öğeleri alımları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, profesyonel grubun enerji değerlerinde istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p>0.05$), karbonhidratı daha az, proteini ve yağı ise kontrol grubundan daha fazla aldıkları görülmüştür (Tablo 3). Sporcularda dinlenme sırasında ve naif hareketlerde vücut yağı ve karbonhidratı yaklaşık olarak eşit oranlarda enerji için kullanılır (7).

Öğrenci balerinlerde alınan ve harcanan enerji miktarı kontrol grubuna göre önemli derecede farklı bulunmuştur. Bu, öğrencilerin henüz gelişme çağında olmalarına, dolayısıyla bazal enerji gereksinimlerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir. Ancak veri, balerinlerin enerji gereksinimleri için 15 yaş, 162 cm, 48 kg için günlük önerilen 1650 kkal değeri içindedir (5).

Denek gruplarının egzersiz yaptıkları gün enerji ve ana besin öğeleri değerleri kontrol grubuna göre yağ ve protein hariç önemli derecede farklı bulunmuştur (Tablo 4). Dayanıklı egzersizde gerekli glikozu sağlamak için yüksek karbonhidrat tüketmek gerekir (8). Kontrol grubunun besin öğelerinden gelen enerji yüzdesi günlük önerilen (RDA) değeri limitleri içinde değildir (2). Denek gruplarının, ilgili değerleri ise çalışma yaptıkları ve yapmadıkları günde (proteinden gelen enerji yüzdesi hariç) RDA limiti içindedir. Bununla beraber tükettikleri protein ve yağ miktarı kontrol grubundan fazladır. Gerekli enerji karbonhidratlardan sağlanamadığında, organizma yağları enerji kaynağı olarak kullanır, dolayısıyla gereksinime artar. Balerinler için önerilen protein dinlenme günlerinde 0.8 gr/kg, egzersiz günlerinde 1.0-1.5 g/kg başına gündedir (5). Egzersize bağlı olarak artan kas kütlesi, protein yıkımı ve azalan kaybı gereksinimi artırır (9). Normal erişkinler için önerilen miktar 1.44 gr/kg/gündür (9). Buna göre egzersiz yapmadığı gün denekler gereksiniminin üstünde, egzersiz günlerinde de gereksinimi kadar protein almaktadırlar.

Her iki balerin grubunun değerleri karşılaştırıldığında ise, egzersiz gününde besin tüketiminde fark görülmezken, harcanan enerjinin farklı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bu fark dinlenme gününde enerji alımı ve harcaması ve diğer besin öğelerinde de görülmüştür. Profesyonel balerin aldığı uzun yılların eğitimiyle vücudunu ve harcamalarını doğru kullanmasını öğrenmiştir. İstelik sürekli spor yapanlarda fazla üretilen laktik asidin biyokimyasal parçalanmasını sağlayan enzimleri üretmesi de artarak vücut adaptasyonu sağlanmıştır (7). Öğrenci balerinler halen gelişmekte olmalarından gereksinimleri fazladır. Bu çağda iskelet kütlelerinin %48'i ve yetişkin uzunluğunun %15'i sağlanır. Düşük ağırlıkta kalma amacıyla enerji ve diğer besin öğelerinin alımının kısıtlanması sporcular arasında sıklıkla görülen geç ergenliğe ulaşma veya anoreksiya nervoza, bulimia gibi hastalıklara yol açar (1). Geç ergenliğe ulaşmada ince, uzun ve düzgün vücuta sahip olma ihtimali fazladır ancak bu da yeterli ve dengeli beslenme olduğunda geçerlidir (14). Bazı sanatçılar diğer besin öğeleri açığını kapatmak ve performanslarını artırmak için ek vitamin ve mineral tabletları bu çalışmada olduğu gibi alırlar (5, 11). Yapılan araştırmalar ek alımın performansda fazla etkili olmadığını göstermiştir (12).

Baleyi seçen kişilere hem gelişmelerinin ve postürlerinin sağlıklı olabilmesi hem de sanatlarını verimli yapabilmeleri için doğru beslenme bilgi ve eğitiminin verilmesi yararlı olacaktır.

Tablo 1 : Deneklerin Fiziksel Durumları

Değişkenler	GRUPLAR								
	Profesyonel Balerin (n=15)		Öğrenci Balerin (n=15)		Kontrol Grubu (n=15)		t ¹	t ²	t ³
	X	SD	X	SD	X	SD			
Yaş (yıl)	29	8	17	2	27	9	5.63*	0.64	4.20*
Boy Uzunluğu (cm)	165	3	167	6	162	3	0.99	1.98	2.89*
Vücut Ağırlığı (kg)	50	4	48	5	57	10	1.35	2.52*	3.13*
BKİ	18,4	1,5	17,1	0,7	21,7	3,5	1,43	3,37	5,00*

+ Profesyonel balerinler ile öğrenci balerinlerin istatistiksel olarak karşılaştırılması

--- Profesyonel balerinler ile kontrol grubunun istatistiksel olarak karşılaştırılması

---- Öğrenci balerinler ile kontrol grubunun istatistiksel olarak karşılaştırılması

* P<0.05

Tablo 2 : Deneklerin BKİ sınıflanmasına Göre Dağılımı

BKİ	GRUPLAR					
	Profesyonel Balerin		Öğrenci Balerin		Kontrol	
	S	%	S	%	S	%
< 20,0	13	86,7	15	100,0	4	26,7
20,0 - 24,9	2	13,3	-	-	9	50,0
> 25,0	-	-	-	-	2	13,3
Toplam	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tablo 3. Denek Gruplarının Egzersiz Yapmadıkları - Gün Enerji - Ana Besin Öğeleri Almadıkları ve Enerji Harcamaları

Enerji ve Ana Besin Öğeleri	(n=15)		(n=15)		(n=15)		(n=15)		(n=15)		(n=15)	
	Profesyonel Balerin	X ± SD	Enerjiden Gelen % (-)	Öğrenci Balerin	X ± SD	Enerjiden Gelen % (+)	Kontrol Grubu	X ± SD	Enerjiden Gelen % (+)	X ± SD	t*	t**
Alınan Enerji (kcal)	2305	228		1986	221*		2370	283			1.33	4.81*
Karbohidrat (g)	330	53*	57	302	65*	61	387	44	66	6	3.18*	4.18*
Protein (g)	82	12*	14	64	15	13	66	19	11	3	2.82*	0.31
Yağ (g)	73	14	29	58	14	26	62	21	23	3	1.64	0.60
Harcanan Enerji (kcal)	3281	190		3523	172*		3231	241			0.60	3.80*

* RDA'ya göre Karbohidrat % 50 - 60 , Yağ % 25 - 30 , Protein % 15- 20

* Profesyonel balerinler ile kontrol grubunun istatistiksel karşılaştırılması

** Öğrenci balerinler ile kontrol grubunun istatistiksel karşılaştırılması

* P<0.05

Tablo 4: Diyet Gruplarının Egzersiz, Yaptıkları Gün Enerji, Ana Besin Ögeleri Alımları ve Enerji Harcamaları

Enerji ve Ana Besin Ögeleri	(n=15)			(n=15)			(n=15)			Enerji Deneyimden Gelen %(+)	X ± SD	t*	t**
	Profesyonel Balerin		Enerji Deneyimden Gelen %(+)	Öğrenci Balerin		Enerji Deneyimden Gelen %(+)	Kontrol Grubu		Enerji Deneyimden Gelen %(+)				
	X ± SD	X ± SD		X ± SD	X ± SD		X ± SD	X ± SD					
Alınan Enerji (kcal)	2039	176*	2032	250*	2370	283	4.11	3.97*					
Karbonhidrat (g)	291	56*	303	45*	387	44	5.30*	5.17*					
Protein (g)	73	13	70	13	66	19	0.19	0.65					
Yağ (g)	67	13	60	19	62	21	0.78	0.28					
Harcanan Enerji (kcal)	3552	215*	3843	213*	3231	241	3.85*	7.37*					

* Profesyonel balerinin ile kontrol grubunun istatistiksel karşılaştırılması

** Öğrenci balerinin ile kontrol grubunun istatistiksel karşılaştırılması

* P<0.05

† RDA'ya göre Karbonhidrat % 50 - 60 , Yağ % 25 - 30, Protein % 15- 20

Tablo 5: Diyet Gruplarının Egzersiz, Yaptıkları ve Yapmadıkları Gün Enerji ve Besin Ögeleri Alım ve Kullanımları Dinlenme Günü

Enerji ve Ana Besin Ögeleri	Profesyonel Balerin			Öğrenci Balerin			Öğrenci Balerin			
	Çalışma Günü		Enerji Deneyimden Gelen %(+)	Dinlenme Günü		Enerji Deneyimden Gelen %(+)	Dinlenme Günü		Enerji Deneyimden Gelen %(+)	
	X ± SD	X ± SD		X ± SD	X ± SD		X ± SD	X ± SD		
Alınan Enerji (kcal)	2073	176	2039	250	0.43	2302	228	1981	221*	3.90*
Karbonhidrat (g)	291	56	303	45	0.65	330	53	302	65	1.29
Protein (g)	73	13	70	13	0.63	82	12	64	15*	3.77*
Yağ (g)	67	13	60	19	1.2	73	14	58	14*	2.88*
Harcanan Enerji (kcal)	3552	215	3843	213*	3.72*	3281	190	3523	172*	3.6*

* P<0.05 İki ortalamaya arasındaki farkın önemliliği

Sonuç ve Öneriler: Balerinlerin aldıkları enerji kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum yaptıkları spora bağlı olarak gerekmektedir. Ancak gelişmekte olan balerinler için alınan enerjinin kontrollü ve planlı yapılması önerilmektedir. Enerjinin yanı sıra besin öğelerinin yaşa ve gereksinmelerine göre alınması uygun olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Hamilton, L.H. et al.: The Role of Selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Med. Sci. Sport. Exer.* 20: 560-564, 1988.
2. Food and Nutrition Board Commission and Life sciences National Research Council: Recommended Dietary Allowances, American National Academy Press, Washington DC, 1989.
3. Energy and Protein Requirements, Report of a joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, World Health Organization, Geneva, 1985.
4. WHO: Measuring Obesity-Classification and Description of Antropometric Data, (21-23) October 1987, Warsaw, 1989.
5. Benson J., Gillien, D.M., Bourdet K., Loosli A.R.: Inadequate Nutrition and Chronic Caloric Restriction in Adolescent Balerinas. *Physician Sports med.*13 (10): 79-90, 1985.
6. Baysal A.: Beslenme, Hacettepe Üniversitesi yayın/A-13, Çağ Matbası, Ankara, 1983.
7. İstidal M., Köker A.: Amatör ve Profesyonel Sporcuların Blimsel Beslenme Rehberi, TC Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü. Yayın No: 81, Ankara, 1989.
8. Ersoy G.: Sağlıklı ve Optimal Performans için Beslenme, Spor Bilimleri Bülteni, 1 (3-4): 25-27, 1990.
9. Ersoy G.: Sporcu Beslenmesi, Beden Eğitimi ve Spor Okulları Eğitici ve Öğrencileri için Teorik El Kitabı, Ankara, 1984.
10. Brooks-Gunn J., Warren, M.P.: Mother-Daughter Differences in Menarcheal age in Adolescent Dancer and Nondancers, *Ann. Hum. Biol.*, 15: 35-43, 1988.
11. Frusztajer N., et al.: Nutrition and the Incidence of Stress Fracture in Ballet Dancers, *Am. J. Clin. Nutr.*, 51 (5): 779-83, 1990.
12. Paker S.: Sporda Beslenme, TC Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Ankara, 1989.

BESİN GÜVENLİĞİ

*Prof. Dr. Mine YURTTAĞÜL

*HÜ Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

Besin güvenliği ve besin güvenliği sağlığın korunmasındaki temel öğelerdendir. Herkese gereksindiği miktar ve çeşitteki besinin arzı şeklinde tanımlanabilen gıda güvenliği, ancak güvenli besinlerle anlam taşır. Güvenli besin insan sağlığına zarar verecek herhangi bir madde içermeyen besindir. Besinler üretim tüketim zincirinde: üretim, işleme, depolama, ambalajlama, dağıtım, hazırlama, pişirme ve servis aşamalarında sağlığa zararlı maddelerle karşılaşabilir ve onları yapılarında bulundurabilirler. Üretim tüketim aşamasında besin güvenliği bozan maddelere odaklanırsak;

Üretim Aşamasında Besin Güvenliğini Bozan Etmenler;

a-Tarım ilaçları: 1900 yılında 1.6 milyar olan dünya nüfusu günümüzde 5.5 milyara ulaşmıştır. 2010 yılında ise 9 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun bu artışa, gıda üretimindeki artış ulaşamamaktadır. Ayrıca üretimin yaklaşık %30'u hasat öncesi ve sonrasında kayba uğramaktadır. Tarımsal üretimin artırılması ve ürün kaybının önlenmesi için tarım ilaçları kullanılmaktadır. Ancak bu maddelerin hatalı kullanımı çevre kirliliğine ve besin kirliliğine neden olmaktadır. WHO'nun çalışmalarında gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 500.000 kişinin tarım ilacından zehirlendiği ve 5000 kişinin de hayatını kaybettiği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda pestisitlerin en az 49 tanesinin karsinogen, 31 tanesinin mutajen, 61 tanesinin teratojen ve 89 tanesinin ve allerjen etkili olduğu saptanmıştır. Pestisitlerle çevrenin ve besinlerin kirlenmesi sonucu anne sütünde bile pestisit kalıntılarının rastlanabilmektedir. Hatta anne sütü pestisit içeriğinin, çevrenin pestisit kirlenmesinin biyolojik izlenmesinde indeks olarak kullanılması önerilmektedir.

b-Bitki gelişimini düzenleyen maddeler: Sebze ve meyve üreticiliğinde çeşitli yönlerden ürün kalitesinin artırılması amacıyla ve sera yetiştiriciliğinde halk arasında hormon olarak bilinen bitki gelişimini düzenleyici maddeler kullanılmaktadır. Bu maddelerin bilgi ve deneyim eksikliğinden; kaynaklanan yanlış ve yüksek dozda kullanımı da besin güvenliğini bozmaktadır. İzin verilmeyen maddelerin seçilmesi, ya da izin verilen dozlardan fazla kullanılmasının yanısıra uygulama şeklinin ve zamanının uygun olmaması sonucu besin sağlığa zararlı hale gelebilmektedir. Ayrıca domates patlıcan gibi sebzelerde şekil bozuklukları oluşmaktadır. Yapılan bir çalışmada sera domatesi örneklerinin yaklaşık %20 sinde kritik değer sayılabilecek 0.5 ppm düzeyinin üzerinde 4-CPA kalıntısı saptanmıştır. Tarımda kullanılan gübreler de hatalı kullanım sonucu besin güvenliğini bozabilmektedir.

c-Metalik Bulaşmalar: Gelişen teknolojiye bağımlı olarak metallerin kullanımı da artmakta ve ilgili sanayilerin artık ve atıkları çevreyi kirlenmektedir. Akü, seramik, porselen, boya hammaddede endüstrisinde ve vurutuyu önlemek için benzinde kurşun kullanılmakta çevre kirliliği dolayısıyla da besinin metalle bulaşması söz konusu olmaktadır. Trafik yoğun olduğu karayolunun her iki tarafına ekzo gazındaki kurşunun yarısı yayılmakta, toprakta ve bu toprakta yetişen bitkide içeriği artmaktadır. Çeşitli endüstriyel faaliyetlerden çevreye cıva yayılması hava kirliliğine, atıkların deniz veya göllere verilmesi su kirliliğine neden olmaktadır. Bu sularca yetişen balık ve diğer su ürünlerinin cıva içeriği artmaktadır. Balık tüketen anneilerin sütlerindeki cıva düzeyinin, balık yemeyenlere oranında 2 kat fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Çevremizdeki kimyasal atık çöplükleri, kurşunlu benzin kullanımı ve kağıt üretim endüstrisi gibi bazı endüstri kaynakları çevre de dioksin kirliliğine yol açmakta ve yine anne sütü de dahil olmak üzere birçok besin (inek sütü, deniz ürünleri, patates, havuç, soğan ve mantar) dioksinle bulaşmakta ve insan sağlığına zararlı hale gelebilmektedir.

d-Anabolizan ajanlar: Hayvansal üretimde et verimini artırmak amacıyla, halk arasında hormon diye bilinen anabolizan ajanlar kullanılmaktadır. FDA bu ilaçların kullanımına izin vermeden önce 2000 katının güvenilir olduğuna dair araştırma verileri istemektedir. Ayrıca kullanılan anabolizanların metabolik ürünlerinde karsinojenik olmadığı birkaç nesli kapsayan araştırmalarla belirlenmiş olmalıdır. Bazı anabolizanların, DES (diethylstilbestrol) gibi, kanserojenik etkileri belirlenmiş ve kullanımları yasaklanmıştır. Sağlığa zararlı olmadığı kesinlik kazanmış anabolizanların, belirlenen miktarlarda kullanılması ve belli bir süre geçtikten sonra hayvanın kesilmesi gereklidir, bu süre hayvanın cinsine göre 65-90 gün olabilir. Bu koşullar yerine getirilmediğinde, ürünün güvenliğinin bozulması söz konusudur. Anabolizan maddelerden başka veteriner ilaçlarının ve antibiyotiklerin doğru kullanılmaması da besin güvenliğini bozmaktadır.

e-Radyoaktif izotoplar: Nükleer reaktör kazaları veya bu merkezlerin hatalı işlevleri nedeniyle çevre ve besin radyoaktif kirliliğe uğramaktadır.

İşleme Aşamasında Besin Güvenliğini Bozan Etmenler

a-Gıda Katkı Maddeleri: Gıda üretiminin artırılmasının yanısıra üretilen besinin tat, koku, görünüm, yapı gibi özelliklerinin değişmeden uygun teknoloji ile işlenmesi ve uzun süre bozulmadan saklanması da önemlidir. Bu açıdan bakıldığında gıda katkı maddelerinin kullanımı kaçınılmaz görünmektedir. Uygun şekilde gıda katkı maddesi kullanılması ile daha kaliteli, daha dayanıklı ürün elde edilecek, gıda sanayi gelişecek, ürün çeşitliliği artacak fiyatlar ise düşecektir. Bütün bunlar da insanların beslenme durumunu olumlu etkileyecektir.

Gıda katkı maddesi içeren besinler tüketiciler tarafından genelde sağlığa zararlı olarak algılanmaktadır. Yasalarca kullanımına izin verilen katkı maddeleri, izin verilen dozda kullanılır ve bu durum da devlet tarafından etkin şekilde denetlenir ise, bunları içeren besinin güvenliği bozulmaz.

WHO ve FAO'nun katkı maddeleri ile ilgili olarak çalışan uzmanlar komitesi (JECFA) dünyada her çeşit katkı maddesi ile ilgili yapılan toksikolojik çalışmaları değerlendirmekte ve uluslararası Gıda Kodeksi Komisyonuna her katkı maddesinin emniyetli kullanım düzeyleriyle ilgili öneriler sunmaktadır. Ülkelerde halk sağlığını korumak amacıyla bu önerileri izlemekte ve ulusal gıda kodekslerinde gerekli değişiklikleri yapmaktadır. Bizim ülkemizdeki GKM ile ilgili yasal düzenlemeler Ortak Pazar Ülkelerinin düzenlemelerine çok yakındır.

Gıda katkı maddelerinin doğru kullanımı ile gıda sanayi gelişip halkın beslenme durumu olumlu etkilenirler, hatalı kullanımı ile ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.

b-Deterjan kalıntıları: Gıda sanayinde kullanılan ekipmana uygun yıkama ve durulama işlemi uygulanmadığında deterjan kalıntıları kalabilir. Özellikle sulu karışımlara, katı karışımlardan daha fazla deterjan geçişi olmaktadır. Uygun temizleme işleminin uygulanmaması işleme aşamasında mikrobiyolojik bulaşmalara da neden olabilir.

c-Metalik bulaşmalar: Gıda sanayinde kullanılan metal ekipmanın özellikleri uygun olmadığında, ürünün temas ettiği metal yüzeylerden besine metal geçişi olabilir.

Depolama Aşamasında Besin Güvenliğini Bozan Etmenler

a-Mikotoksinler: Uygun olmayan koşullarda, sıcak ve nemli ortamlarda depolanan besinlerde küfler kolayca gelişebilir. Küflerce oluşturulan mikotoksinler ise ciddi sağlık sorunlarına yol açabilirler. Kümülatif özellikleri olup karsinjenik, mutajenik, teratojenik, tremorjenik, hemorajik, dermatik, hepatotoksik, nörotoksik ve nefrotoksik etkileriyle mikotoksinler karaciğer böbrek kas sinir doku-

larında önemli lezyonlar oluşturabilirler.

Mikotoksinler düşük molekül ağırlıkları nedeniyle küf kolonisinden ortama difüzyonla geçip yayılabilir. Gözle görülemeyen bu durum nedeniyle, besinin küflü kısmının atılması ile mikotoksinler besinden uzaklaşmayabilir, besin içinde kalarak besinin güvenliğini bozar. Yapılan çalışmalarda mikotoksin içeren besin tüketimi sonucu anne sütünde bile mikotoksinlere rastlanmıştır. Deterjan kalıntıları bu aşamada da besinleri kirletebilmektedir. Uygun olmayan sıcaklıklarda depolanan besinlerde mikrobiyal bozulmalar da sağlık riskleri oluşturur.

Paketleme aşamasında besin güvenliğini bozan etmenler;

a-Plastik monomerleri: Plastikler besin ambalajı olarak yaygın bir kullanıma sahiptir. Plastik polimerini oluşturan monomerlerin ya da plastiğe çeşitli amaçlarla katılan katkı maddelerinin temas ettikleri besine geçmeleri, besinin sağlığa zararlı hale gelmesine neden olur. Besin ambalajı olarak üretilen plastiklerin niteliklerinin kodekse uygun olması gerekir. Besin için üretilmiş plastiklerde besin hazırlama veya saklama sakıncalıdır.

b-Metalik bulaşmalar: Konserve ve tenekelerden besinlere kurşun, kalay geçtiği saptanmıştır. Ayrıca sırlı toprak kaplarda saklanan asitli besinlere de kurşun geçişi olmaktadır. Gazete kağıdına sarılan besinlere kurşun geçişi yanısıra mikrobiyolojik bulaşma da söz konusu olabilmektedir.

Hazırlama Pişirme ve Servis Aşamalarında Besin Güvenliğini Bozan Etmenler: Besin güvenliğini bozan etmenlerin başında besinlerin hijyenik kurallara uyulmadan hazırlanması, pişirilmesi ve servisi sonucu besinlerin bakteri, virüs ve parazitlerle kontaminasyonu gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde, intestinal enfeksiyon hastalıklarının yarısı besinlerden kaynaklanmakta, gelişmekte olan ülkelere ise bu oran daha da yükselmektedir. Özellikle bebek ve çocuklar bu durumdan daha çok etkilenmektedirler.

Besinlerin yağda kızartılması sonucu oluşan epoksi peroksit gibi maddelerle, kömür ızgarasında pişirilmesi esnasında oluşan polisiklik aromatik hidrokarbonlar da besinin güvenliğini bozan etmenlerdir.

Gıda Güvenliğinin Sağlanması: Gıda güvenliği, koruyucu sağlık hizmetinin tamamlayıcı bir ögesi olarak düşünülmeli, ulusal besin, beslenme ve sağlık politikaları ile desteklenmelidir. Gıda güvenliği sorununun çözümlenmesi sağlık, tarım, biyoloji, epidemiyoloji, kimya, finans, planlama, ticaret, ekoloji, çevre, besin endüstrisi konularında bilgi gerektirir. Tüketiciler de dahil olmak üzere ilgili disiplinler arasında işbirliği yapılmalı ve kaynaklar en etkin biçimde bir araya getirilmelidir.

Besinlerden kaynaklanan mortalite ve morbiditeye neden olan etmenler ve bunlarla ilgili olarak üretim tüketim zincirindeki kritik noktalar belirlenmeli ve bu noktalarda gıda güvenliği sağlayacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Besin güvenliği devlet güvencesi altında olmalıdır. Devlet etkin bir gıda kontrol hizmeti vermelidir. Bunun için tam donanımlı, standartlaştırılmış analiz yöntemlerinin, iyi yetişmiş elemanlarca uygulandığı laboratuvarlar geliştirilmelidir. Ülkemizde bu aşamadaki kontrol hizmetlerinin yeterliliğinden söz etmek mümkün değildir.

Üreticiler gıda güvenliği konusunda eğitilmelidir. Hem uygun işleme teknolojileri hem de besin güvenliğini bozan etmenlerin sağlık üzerine etkileri konusunda bilinçlendirilmeli ve etkin şekilde denetlenmelidir. Ayrıca otokontrol hizmetlerinin önemi ve rekabetteki etkisi anlatılmalı, otokontrol hizmetleri teşvik edilmelidir. İrtecilerin, sağlıklı gıda üretimini sosyal bir sorumluluk olarak görmeleri sağlanmalıdır.

Tüketiciler de gıda güvenliği konusunda bilinçlendirilmelidir. Bilinçli tüketiciler hem üreticilerin sağlıklı besin üretmelerinde hem de devletçe gıda kontrol hizmetlerinin etkinleştirilmesinde itici güç oluştururlar.

KAYNAKLAR

1. Topal S. Gıda Güvenliği ve Kalite Yönetim sistemleri. TÜBİTAK MAM Matbaası Kocaeli, 1996.
2. The Role of Food Safety in Health and Development. Report of JECFA. Technical Report Series 705. WHO Geneva 1984.
3. Özay G. Gıdalarda Tarımsal İlaç Kalıntıları ve İnsan Sağlığı Açısından Taşıdığı Riskler Gıda Sanayi 7 (2): 19, 1993.
4. Denli Y, Anlı R.E. Gıda Güvencesi Gıda 22 (4): 249 1997.
5. Şahbaz F, Acar J. Dioksin ve Dioksinin Gıdalara Bulaşma Olasılıkları Gıda 18 (4): 243.1993.
6. Saygı S. Anne Sütü Ağır Metal İçeriği ve Bebek Açısından Toksikolojik Önemi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 47 (2): 181 1990.
7. Gökmen V, Acar J. Sera Domateslerinde Kalıntı 2.4 D, 4-CPA ve BNOA Miktarı İle Morfolojik Bozukluklar Arasındaki İlişkinin Saptanması. Gıda Mühendisliği III. Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı. HÜ Mühendislik Fakültesi. Ankara 1997.
8. Vardin H., Eren S. Kurşun, Kalay ve Nikelin Domates ve Biber Salçalarında Depolama Süresinde Birikimi. Gıda Mühendisliği III. Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı. HÜ Mühendislik Fakültesi Ankara. 1997.
9. Besbelli N. Pestisitler ve Çevre Uluslararası Çevre Kongresi Bildirileri (Ed: Kocasoy G.) Ünsal Danışmanlık A.Ş. İstanbul, 1991.
10. Çakmak İ, Düzenli A, Aldağ D.S, Taşkın E, Çelik L, Karabulut A, Şehre ve Şehirlerarası Karayollarına Yakın Alanlarda Yetiştirilen Bitkilerde Ağır Metal Kontaminasyonu. Çevre 89 Beşinci Bilimsel ve Teknik Çevre Kongresi. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana 1989.
11. Giray Ö, Demir L. Biberonlarda Deterjan Kalıntısı 6. Diabet ve Endokrinoloji Yıllığı, Emek Matbaacılık İstanbul 1987.
12. Hışıl Y, Ünlü N. Hayvansal Ürünlerdeki Hormon Kalıntıları EÜ Mühendislik Fakültesi Dergisi Seri:B Gıda Mühendisliği 11 (2): 113, 1993.
13. Ünal P, Baysan A. Gıdalarda Bulunan Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar Gıda 18 (4): 273-277 1993.
14. Yurttagül M. Tüketicilerin Gıda Katkı Maddeleri İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları, Beslenme ve Diyet Dergisi 20 (2): 199 1991.
15. Dogheim S.M., Mohamed E.Z. et al. Monitory of Pesticide Residues in Human Milk, Soil, Water and Food Samples Collected From Kafr El-Zayyat Governorate. Journal of AOAC International 79 (1): 111, 1996.

**ÇUKUROVA BÖLGESİ KOŞULLARINDA ÜRETİLİP DEPOLANAN BAZI HAYVAN ve İNSAN GIDALARINDA
AFLATOKSİN B₁ (AFB₁) KİRLİLİKLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Ars. Gör. Kemal ÇELİK*, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN**, Prof. Dr. Orhan ÖZTÜRKCAN*

*Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi Zooteknik Bölümü

**Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmanın özünü, Çukurova Bölgesi koşullarında üretilip depolanan insan ve hayvan gıdalarının mikotoksin analizleri oluşturmaktadır. Bu amaçla, canlı sağlığı için en tehlikeli mikotoksin olan aflatoksin B₁ aranması esas alınmıştır. Çalışmada 70 örnek analiz edilmiş olup insan ve hayvan sağlığı başta olmak üzere, doğacak ekonomik kayıplar değerlendirilmiştir.

Çalışmada, Howel ve Taylor tarafından mikotoksin analizleri için uygulanan yöntem kullanılmıştır. Yöntemin örneklerdeki duyarlılığı 0.5 ppb/kg olarak belirlenmiştir.

Analizleri yapılan 70 gıda örneğinin 23'ünde mikotoksin saptanmıştır. Bu oran tüm örneklerin %32.85 ni oluşturmaktadır. Çalışmada saptanan değerler ve gıdalar şöyledir: mısır örneklerinin 3'ünde (%30) 2.5-5-5 ppb, pamuk tohumu küspesi örneklerinin 2'inde (%20) 5-20 ppb, işlenmemiş yerfıstığı örneklerinin 4'ünde (%40) 5-5-7.5-12.5 ppb, kırmızı pul biber örneklerinin 7'inde (%70) 5-10-10-10-20-22.5-35 ppb, ayçiçeği küspesi örneklerinin 3'ünde (%30) 2.5, 5-10 ppb, antep fıstığı örneklerinin 1'inde (%10) 5 ppb, ve hayvan besimede büyük öneme sahip karma yem örneklerinin de 3'ünde (%30) 12.5-15.30 ppb düzeylerinde AFB₁ saptanmıştır.

Bulgular değerlendirildiğinde, örneklerde belirlenen miktarların akut bir zehirlenmeye yol açmayacağı; ancak böyle gıda ve yemlerin insanlar ve hayvanlar tarafından belli bir sürede alınmasıyla, kaçınılmaz olarak mikotoksin rezidü problemlerinin ortaya çıkabileceği sonucuna varılmıştır. İnsan ve hayvan beslenmesinde kullanılan gıdaların uygun depolama koşullarında bulundurulması ve taze tüketilmesi bu tür problemleri büyük ölçüde elimine edecektir.

Anahtar Sözcükler: Aflatoksin, besin ve yem

SUMMARY

Aflatoxins are considered unavoidable contaminants of food and feed, even where good manufacturing practices have been followed. The FDA has established specific guidelines on acceptable levels of aflatoxins in human food and animal feed by establishing action levels that allow for the removal of violative lots from commerce. The action level for human food is 20 ppb total aflatoxins, with the exception of milk that has an action of 0.5 ppb for AFM₁. As for feeds, the action level is also 20 ppb, but with some exception. However, it is very difficult to accurately estimate aflatoxins concentration in a large quantity of material, because of the variability associated with testing procedures; hence the true aflatoxin concentration in a lot cannot be determined with 100% certainty. This investigation was conducted to determine the levels of aflatoxin B₁ in some food, feed and feedstuffs obtained from Çukurova region of our country. Samples were analysed by the method Thin Layer Chromatography by Howel and Taylor. In this method mycotoxins were extracted with chloroform from materials, and then transferred through the Sep-Pak cartridge column to elute the mycotoxins residues.

Mycotoxin was found in the 23 samples of 70 materials analysed. The average concentrations of aflatoxin was %32.85 calculated. The detectable limits was 0.5 ppb/kg for aflatoxin. The finds were evaluated. According to result, the levels mycotoxin determined in the samples did not cause an extremely cases, however could make residue problems with consumption of these foods and feeds by human and animals for long periods. Foods and feeds must consume fresh by human and animals. This state can solve a lots fungal problems.

Key Words: Aflatoxin, foods and feeds

Giriş ve Amaç: Aflatoxinler, insan ve hayvan gıdası olarak kullanılan hemen her türlü substratta bazı küf mantarları tarafından üretilen ve bilinen en güçlü karsinogenlerdendir. Her ne kadar toksijenik funguslar hakkında çok eski zamanlardan beri bilgiler mevcutsa da, funguslu yemin hayvan ve dolayısıyla insan sağlığı ve doğurduğu ekonomik kayıplar bakımından önemi; ancak 1960'lı yılların başlarında İngiltere'de ani olarak gerçekleşen 100.000 hindi palazı ve 14.000 ördek yavrusunun ölmesiyle anlaşılmıştır. Bu ölümlerin nedeni, aynı zamanda insan gıdası olarakta geniş bir kullanım alanına sahip olan yer fıstığı unundaki mantar toksini olarak saptanmıştır. Yağlı tohumlar, tahıllar ve hayvan beslemeye uygun olarak kullanılan karma yem çeşitlerinin tek hücreli mantarların invazyonuna uğramaları sonucu oluşan küflenmeler doğal bir kirlenme olgusu olarak bütün dünyada sık karşılaşılan ve çözümü güç sorunlardan biridir. Günümüze değin yapılan birçok araştırma sonucunda invazyona katılan toksinojen mantarların metabolizmalarının ürünü olan toksinler ve çok yönlü toksik etkileri açıklığa kavuşturulmuş, sorunun insan ve hayvan sağlığı ile birlikte, ülke ekonomisini ciddi düzeylerde tehdit eden boyutları saptanmıştır. Küflenmiş besinlerde zehirlenmeye yol açan toksik maddeler, küf mantarlarının metabolizma ürünleri olan mikotoksinlerdir. Toksinojen nitelikli olan küf mantarları, mikotoksin sentezleyebilme özellikleri yanında, pek çok yiyecek maddesinde besin maddesi kayıplarına neden olan zararlılardır. Tarlada veya depolama yerlerinde, çevresel koşullar mantar çoğalması için uygun ortamı sağladığında, başta yağlı tohumlar olmak üzere tahıllar ve diğer bütün gıda maddeleri küflenebilir. Bu nedenle her yıl bütün dünyada üretilen tahıl ve yağlı tohum ürünlerinin %1 den fazlası çürümeye ve küflenmeye bağlı olarak kullanılamaz duruma gelmektedir; FAO kaynaklarına göre üretilen tahılların yaklaşık %25'i de mikotoksinlerle bulaşık olmaktadır. Aflatoxinler, besinlerle beraber alınan mikotoksin kirliliklerindedir, insan ve hayvanları hedefleyen akut ve kronik zehirlenme riski yaratmaları nedeniyle en fazla incelenen toksinlerdir. İnsan ve bütün evcil hayvan türleri için çok yaygın zehirlenme kaynağı olan bu toksinler ayrıca bilinen en güçlü doğal karsinogenlerdir. Söz konusu toksinler maymunlar dahil, pek çok hayvan türlerinde karaciğer başta olmak üzere kanser olgularına neden olmaktadır. Yemleriyle günlük 15 ppb düzeyinde AFB₁ alan ratların tamamında karaciğer kanseri saptanmıştır. Hatta günlük 1 ppb lik AFB₁ düzeyi bile aynı etkiyi gösterdiği bildirilmektedir. Genel olarak günlük 50-150 ppb düzeyinde bir AFB₁ alımının, farklı duyarlılık derecelerine sahip deney hayvanlarının hepsinde kanser oluşturabileceği bildirilmektedir. Son yıllarda aflatoxinlerin, beslenme biçimi, metabolizma modeli ve toksik maddelere karşı organizmanın göstereceği davranış biçimleri dikkate alınarak insana çok benzeyen farklı türlerde deney hayvanlarında kansere neden olması gerçeğinden yola çıkılarak, insanlarda görülen karaciğer kanserleri ile küflenmiş besin maddeleri tüketimi arasında nedensel bir ilişkinin bulunabileceğine ilişkin görüşler destek kazanmıştır. Nitekim bu alanda yapılan bir çok epidemiyolojik çalışmalarda, Kenya, Uganda, Swaziland, Tayland, Hindistan, Tayvan ve Malezya'da yaşayan insanlarda daha yüksek düzeylerde görülen primer karaciğer kanseri olgularıyla küflenmiş

gıda maddeleri tüketimi arasında sıkı bir ilişkinin varlığı saptanmış, bu yolla gelişen karaciğer kanseri olgularının bütün kanser olayları içerisinde %40'lık bir paya sahip olabileceği ortaya konmuş ve yine aynı çalışmalar dahilinde gıda maddeleriyle birlikte alınan aflatoksinlerin düzeyiyle, kanser olguları arasında doz-yanıt ilişkisinin varlığı saptanmıştır. Yaşadığımız çevre itibarıyla Çukurova Bölgesi yüksek düzeyde sıcaklık ve nem varlığı ile, sözkonusu toksini sentezleyip salgılayabilecek mantar türlerinin kolayca çoğalmaları olanak sağlamaktadır. Aflatoksinler gıdalarda çok büyük önemi olan bulaşanlardır. Özellikle genç hayvan beslenmesinde önemli ekonomik kayıplara neden olabilmekte ve hayvanlarda görülen mikotoksikozis olguları sorunun yalnızca gözlenebilen kısmını oluşturmaktadır. Asıl sorun bir buzdaki gibi genel bir verim düşüklüğü şeklinde etkisini sürdürmektedir. Özellikle hayvan yemlerinde mikotoksinlerin oluşturabileceği bir diğer önemli sorun ise, bunların hayvansal ürünler (et, süt, yumurta peynir vs) aracılığıyla insanlar tarafından tüketilmesiyle yaşanacak olumsuzluklardır. Toksin çeşidinin tanısında ve kirlilik düzeyinin saptanmasında laboratuvar analizlerinin önemi son kerte büyüktür. Bu nedenle kirlilik şüphesi taşıyan insan ve hayvan gıdaları, hayvansal ürünler ve dokuların tekniğine uygun olarak ekstraksiyon işlemiyle elde edilen ekstraktlar kullanılmaktadır. Kromatografik veya flüorodansitometrik yöntemlerle zehirlenme nedenleri, mikotoksinlerin çeşidi ve yoğunlukları kesin olarak saptanabilmektedir. Mantarların gelişip çoğalması ve mikotoksin sentezleyebilme olasılıkları sıcaklık, oransal nem, ve havalandırma gibi ortamın fiziki koşulları ile gıdaların gelişme süreci, nem içeriği, mekanik hasar durumu, pH durumu gibi etkenler tarafından belirlenmektedir. Belirtilen bu etkenlerin tamamına yakını Çukurova Bölgesi için uygun özellikler taşımaktadır; anılan her iki nedenden dolayı hayvan ve insan gıdalarında mikotoksin kontrolleri büyük önem arz etmektedir. Bu amaçla özellikle gelişmiş ülkeler söz konusu ürünlerde mikotoksin düzeylerini oldukça düşük tutmuş ve sorunu büyük ölçülerde çözümlenmişlerdir. Benzer çalışmalarda yağlı tohumların ve başta mısır olmak üzere bazı tahılların mikotoksin oluşumuna duyarlı oldukları saptanmıştır. Ülkemizde yem ve gıda maddelerinde mikotoksin düzeylerinin saptanmasına yönelik bazı araştırmalar bulunmaktadır. Yapılan bu çalışma ile, konu bölgesel düzeyde ele alınmıştır. Pek çok gelişmiş ülkede olduğu gibi ülkemizde de halk ve hayvan sağlığını, mikotoksin kaynaklı problemlere karşı koruyabilmek, verim düşüklüğünün önüne geçebilmek için değişik yaptırımların uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla başlıca hammaddeler, besin ve yem çeşitlerinde bulunmasına izin verilen mikotoksin ve özellikle AFB₁ kirlilikleri, tolerans düzeyleriyle, günlük alım sınırları belirlenerek, bu sınırları aşan besin maddelerinin tüketiminin yasal olarak önlenmesi gerekmektedir. Çalışmada, bölge iklim koşullarında elde edilen ürünlerin aflatoksin kirliliklerinin saptanması ve ilgili kesimlerin dikkatlerini çekilmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada materyali, Adana, Kahramanmaraş ve Mersin illerinde üretilen çeşitli ürünlerden rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen ve uygun şekilde Zooteknik Bölümü Aflatoksin Analiz Laboratuvarı'na gönderilen, insan ve hayvan beslenmesinde kullanılan 70 gıda örneği oluşturmuştur. Çalışmada esas olarak, insan ve hayvan sağlığı için büyük öneme sahip ve en sık görülen mikotoksin olan AFB₁ üzerinde durulmuştur; bu amaçla analizlerde TLC (Thin Layer Chromatography) Sep-Pak Kartuş yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada UV lambası (254 ve 366 nm dalga boyları yayabilen) Sep-Pak Silika Kartuş (Water Ass. Inc. Milford) Rotatif evaporatörler (Heidolph), Hamilton Şiringalar ve Cam malzemelerin yanı sıra, kimyasal olarak kloroform, benzen, asetonitril, aseton, toluen, asetik asit, metanol trifloroasetik asit, sülfirik asit, celi 545 kullanılmıştır. Aflatoksin B, standartları, Ankara Tarım İl Müdürlüğü Mikotoksin Laboratuvarları'ndan sağlanmıştır.

Ekstraksiyon Uygulaması: Değirmende öğütülmüş 50 şer gramlık örnekler 500 ml lik erlenlere konularak, üzerlerine 250 ml kloroform ve 25 ml distile su ilave edildi. Erlenlerin ağızları kapatılarak uygun karıştırıcılarda 30 dakikalık bir süre için karıştırıldı. Celi 545 konulmuş süzgeç kağıtlarından geçirilerek süzülmeleri sağlandı. Elde edilen ekstraktlardan 50 şer ml alınarak evaporatörlerde 60 C'de kuruma işlemi gerçekleştirilinceye kadar uçuruldu.

Temizleme Uygulaması: Kalıntı 0.5 ml x³lik toluenle alınarak Sep-Pak temizleme kartuşlarına aktarıldı. 10 ml toluen-aseton (95+5) karışımı ile temizlenerek kartuş 6 ml eter hekzan ile (3+1) yıkandı. 10 ml kloroform-metanol (97+3) karışımı ile aflatoksinler alınarak ekstraktlar kuruyuncaya kadar uçurma işlemi yapıldı. İşlem, kalıntıların 0.5 ml kloroform ile küçük tüplere alınmasıyla sonlandırıldı.

İnce tabaka kromatografi uygulaması: Örneklerden elde edilen aflatoksin eluati kuruyuncaya değin uçurularak, 250 (I benzen-asetonitril (98:2) karışımında çözümlenmesi sağlandı. Karışımın, silika jel tabaka üzerine Hamilton şiringa ile 0, 2, 5, 5, 7, 5, 10, 12, 5 15, 17, 5, 20 22, 5, 25, 27, 5 30, 32, 5, 35, 37, 5 ve 40 (I'lik örnek lekeleri ve standart lekeleri uygulaması yapıldı. Developed tank içerisinde geliştirme işlemi için 2 saat süreyle tutulan tabakalar daha sonra havada kurutulurak 365 nm UV ışığı altında gözleme alındı. Uygulanan standartlarla karşılaştırmalı olarak örnek lekelerinin belirlenmesinden sonra, doğrulama testlerine geçildi; bu amaçla %25'lik H₂SO₄ ve Trifloroasetik asit ile uygulama yapıldı. Leke alanları ve Floresans yoğunlukları bakımından standartlarla yapılan karşılaştırma ile de toksin yoğunluğu hesaplandı.

Bulgular ve Tartışma: Analizleri yapılan 70 insan ve hayvan gıdası örneklerinin 23'ünde değişik düzeylerde AFB₁ saptandı. Bu oran tüm örneklerin %32.85'ni oluşturmaktadır. Çalışmada mısır örneklerinin 3'ünde (%30) 2, 5 5, 15 ppb, pamuk tohumu küspesi örneklerinin 2'inde (%20) 5-20 ppb, işlenmemiş yerfıstığı örneklerinin 4'ünde (%40) 2, 5 5, 5 12, 5 ppb, kırmızı pul biber örneklerinin 7'de (%70) 5, 5, 7, 5, 12, 5, 25, 15, 35 ppb, ayçiçeği küspesi örneklerinin 3'de (%30) 2, 5, 5, 10 ppb, antep fıstığı örneklerinin 1'inde (%10) 5 ppb, ve hayvan beslemede büyük öneme sahip karma yem örneklerinin de 3'de (%30) 5, 5, 15 ppb düzeylerinde AFB₁ saptanmıştır. Örneklerde bulunan ortalama toksin yoğunluğu mısır için, 7.5 ppb, pamuk tohumu küspesi için, 12, 5 ppb, işlenmemiş yer fıstığı için, 6, 25 ppb, kırmızı pul biber için, 15, 71 ppb, ayçiçeği tohumu küspesi için, 5, 83 ppb, Antep fıstığı için, 5 ppb ve karma yem için, 8, 33 ppb bulunmuştur.

Ülkemizde özellikle hayvan yemi ve yem hammaddelerinde mikotoksin varlığı üzerine yapılmış çalışmalar yetersizdir. Benzer bir çalışmada Alp ve ark. tarafından gerçekleştirilmiş ve yağlı tohum küspelerinde aflatoksin araştırılarak total aflatoksin bulunma düzeyi %12 olarak saptanmıştır. Benzer çalışmalar dünyanın bir çok yerinde gerçekleştirilmiş ve değişik sonuçlar saptanmıştır. Bilindiği üzere aflatoksinler çok tehlikeli karaciğer toksinleridir. Karsinojen etkilerinin yanı sıra, teratojen ve mutajen etkileride söz konusudur. Akut toksisitesi, kronik etkileri kadar yaygın değildir. Karsinojen özellikleri hayvanlara oranla insanlarda daha fazla etkilidir. Yemlerde bulunan 100 ppb/kg düzeyindeki AFB₁, sığır ve domuzlarda zehirlenmelere neden olmaktadır. FDA 100 ppb/kg'dan daha az aflatoksin içeren yemlerin domuz ve kanatlılara verilebileceğini bildirmektedir. Yine aynı kuruluş tarafından sütle bulunmasına izin verilen AFM₁ düzeyi 0.5 ppb/kg olarak bildirilmiştir.20 ppb nin üzerinde AFB₁ alan sığırlar sütlerine 0.5 ppb düzeyinde AFM₁ geçirmektedir. Yapılan bu çalışmada, ürünlerde saptanan aflatoksin B, düzeylerinin özellikle bir akut toksikasyona yol açmayacağı; ancak kronik etkilerinin görülebilmesi olasılığının varlığına dikkat çekilmiştir. Bu nedenle düşük AFs düzeylerinin de insan ve hayvan sağlığı için risk ve ekonomimiz için kayıplara neden olacağı açıktır. Gelişen teknoloji ile hasatların zamanında yapılması, ürünlerin uygun teknikler ile kurutulup depolanması, sorunun çözümünde büyük ilerleme sağlayacaktır. Hepsinden önemlisi, elde edilen ürünlerde rutin mikotoksin analizlerinin yapılması, her türlü kaynağından verimli bir şekilde yararlanma ve dışa bağımlılıktan kurtulma çabası içerisinde olan ülkemiz için elzem bir önem taşımaktadır.

FDANIN ONAYLADIĞI FLATOKSİN SEVİYELERİ

ÜRÜN	(ng/g)
Süt Dışındaki Tüm İnsan Besini Olan Ürünler	20
Süt	0.5
Mısır (yavru hayvan beslenmesi için)	20
Mısır (Hayvan yemi olarak)	300
Mısır dışındaki hayvan yemi türleri	20

KAYNAKLAR

- Alp F., Tuncer N., Özsoy A (1988): Yağlı tohum küspelerinde Aflatoksin B₁ taraması. Etlük Veteriner Mikrobiyoloji Dergisi. Sayı: 3 cilt 6
- Anonim (1979): Aflatoxin and other mycotoxins: An agricultural perspectiv. Council for Agricultural Science andTechnology Report No:80
- Clarke M.L., Harvey D.G., Humphreys D.J. (1985): Mycotoxins. Veterinary Toxicology 265-280
- Howell M.V. and Taylor P.W. (1981) Determination of Aflatoxins, Okratoxin and Zearalenone in mixed feeds, with detection by Thin-Layer Chromatography or High Performance Liquid Chromatography. J. Assoc. Off Anal. Chem 64 (6) 1356-1362
- Howell M.V. (1982): Moulds and Mycotoxins in Animal Feedstuffs. Haresign W. (Editor) Recent Advances in Animal Nutrition. Mansell Bookbinders Ltd. Essex 1-20.
- Jemmalı M. (1975): Mycotoxines contaminant naturels des produits agricoles. Bull. Anc. ELEF M., 267:131-140.
- Kaya S. (1989) Aflatoksinler ve diğer mikotoksinler. Türk Veteriner Hekimliği Dergisi. Sayı 2, 12-16
- Newberne P.M. (1974): The new world mycotoxins-animal and human health. Clinical toxicology, 7:161-177.
- Pier A.C., Richard J.L. and Thurston J.R. (1979): Influence of mycotoxins on resistance and immunity in interaction of mycotoxin in animal production. NAS, p.55-66.
- Prior M.G. (1976): Mycotoxin determination on animal feedstuffs and tissues in Western Canada. Canadian Journal of Comparative medicine, 40 (1): 75-79.
- Scott P.M. (1978): Mycotoxins in feeds and ingredients their origin. Journal of Food Protection, 41 (5): 385-398.
- Şanlı Y., Ceylan S., Kaya S. (1982): Karma yemlerde aflatoksin analizi. AÜ Vet. Fak. Dergisi.29 81-2) 50-70
- Şanlı Y. (1989): Besinlerde küflenme olgusu, mikotoksinler ve mikotoksikozisler. Gıda Bilimi ve Teknolojisi Dergisi., 3 (3-4): 127-147
- Wogan G.N. and Newberne P.M. (1976): Dose-response characteristics of aflatoxinB₁ carcinogenesis in the rat: Can. Re. 27: 2370-76.
- WHO (1979): Enviromental Criteria II. Mycotoxins. Woorld Health Organization, Geneva.

YAŞLILARDA BOY UZUNLUĞU ve VÜCUT AĞIRLIĞININ SAPTANMASINDA DENKLEMLER

Uz. Dyt. Sabriye SARUHAN* Prof. Dr. Gülden PEKCAN**

*Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Diyetisyeni

**Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Öğretim Üyesi

ÖZET

Amaç: Boy uzunluğu ve vücut ağırlığında yaşla birlikte azalmanın olduğu bilinmektedir. Boy uzunluğunun ve vücut ağırlığının doğru olarak saptanması, beslenme indekslerinin (boya göre ağırlık, beden kitle indeksi vb), bazal metabolizma hızının, enerji gereksiniminin ve harcamasının bulunmasında önem taşımaktadır. Bu çalışma yaşlılarda diz boyu ve yaş ile boy uzunluğunun; baldır, üst orta kol çevresi ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ile vücut ağırlığının saptanabilmesi amacıyla denklemler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma gönüllü 65-97 yaş arasında 100 erkek ve 150 kadın olmak üzere 250 yaşlıda yürütülmüştür. Yaşlılarda vücut ağırlığı, boy uzunluğu, subskapular deri kıvrım kalınlığı, üst orta kol çevresi, baldır çevresi ve diz boyu ölçülmüştür.

Bulgular: Ortalama ($\bar{x} \pm s$) yaş erkeklerde 73.0 \pm 6.7, kadınlarda ise 72.2 \pm 4.8 yıldır. Oturarak ve yatarak yapılan diz boyu ölçümleri arasında istatistiksel yönden önemli fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Diz boyu ve yaşın erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla $R^2 = 0.727$, $R^2 = 0.565$ oranında boy uzunluğu ile önemli ilişki gösterdiği saptanmıştır. Baldır, üst orta kol çevresi ölçümleri ile subskapular deri kıvrım kalınlığının vücut ağırlığını erkeklerde $R^2 = 0.78$, kadınlarda ise $R^2 = 0.633$ oranında açıkladığı bulunmuştur.

Sonuç: Boy uzunluğu ve vücut ağırlığının geliştirilen denklemlerle saptanmasının basit, çabuk, doğru ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılabileceği özellikle yatağa bağımlı bireylerde kolaylık sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

EQUATIONS FOR PREDICTING STATURE AND BODY WEIGHT IN ELDERLY

Objective: Decreases in stature and body weight are known to occur with old age. Accurate measurements of stature and weight are important for the determination of several nutritional indices (weight for stature, body mass index etc), determination of basal metabolic rate, energy requirement and energy expenditure. This study was conducted to develop equations for predicting stature from a measure of knee height and age; body weight from the measures of calf, upper arm circumference and subscapular skinfold thickness for the elderly.

Methods: The sample consisted of 250 ambulatory volunteer elderly people, 100 men and 150 women, 65 to 97 years old. Each subjects body weight, height, subscapular skinfold thickness, mid-upper-arm circumference, calf circumferences and knee height were measured.

Results: Mean ($\bar{x} \pm s$) ages were 73.0 \pm 6.7 and 72.2 \pm 4.8 years for men and women, respectively. No significant correlation was found between knee heights measured in sitting or recumbent position ($p > 0.05$). Multiple regression analysis demonstrated a highly significant linear relationship between knee height, age and stature in men ($R^2 = 0.727$) and women ($R^2 = 0.565$). The R^2 indicates that about 78% of the variability in weight in men and 63.3% in women is explained by calf, upper arm circumferences and subscapular skinfold thickness.

Conclusion: Estimation of stature and body weight from equations provide a simple, quick, accurate and reliable means of estimating stature and weight for elderly, especially for bedridden subjects.

Giriş ve Amaç: Yaşlılıkta sağlıklı bir beslenme ve yaşam biçimi ile yaşa bağlı sağlık sorunları azaltılabilmekte ve yaşam kalitesi artırılabilir. Yaşam kalitesini artırabilmek için yaşının beslenme durumunun saptanması gerekmektedir.

Yaşlılarda boya göre ağırlığın değerlendirilmesi, beden kitle indeksi ($BMI = \text{ağırlık(kg)/boy(m)}^2$) ve diğer indekslerin, bazal metabolizma hızının, enerji gereksiniminin, enerji harcamasının, kreatinin-boy indeksinin hesaplanmasında antropometrik ölçümlerden boy uzunluğu ve vücut ağırlığının bilinmesi gerekmektedir. Ancak yaşla birlikte bel kemiğinde inceleme ve vertebra boyunda kısalma sonucu duruş pozisyonu değişmekte, yaşının yatağa veya tekerlekli iskemleye bağımlı olması gibi nedenlerle boy uzunluğu ve vücut ağırlığının ölçülmesi mümkün olamamaktadır.

Bu çalışma 65 yaş ve üzeri yaşlılarda antropometrik ölçümlerle beslenme durumunun değerlendirilmesinde boy uzunluğu ve vücut ağırlığını saptamak amacıyla, diz boyu, baldır çevresi, üst orta kol çevresi ve deri kıvrım kalınlığı ölçümlerini kullanarak denklemler geliştirmek ve pratik uygulamalara sunmak amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 65-97 yaş ($\bar{x} \pm s$: Erkek:73.0 \pm 6.7, Kadın: 72.2 \pm 4.8 yıl) arasında 100 erkek ve 150 kadın olmak üzere 250 yaşlıda yürütülmüştür. Örneklemi Devlet Bakanlığı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğüne bağlı İmitköy Huzurevi ve Keçiören Belediyesi'ne bağlı Keçiören Gücsüzler Yurdu, Ankara Büyükşehir Belediyesine bağlı Çankaya Kültür Merkezi'nde ve Ankara'da çeşitli semtlerde yaşayan gönüllü, kolay iletişim kurulabilen yaşlılar araştırma kapsamına alınmıştır.

Antropometrik Ölçümler: Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, subskapular deri kıvrım kalınlığı, üst orta kol çevresi ve baldır çevresi ölçümleri Lohman ve arkadaşlarına (1) göre yapılmıştır. Diz boyu kayan metal kaliper ile sağ ve sol diz boyu hem yatarak hem de oturur pozisyonda iken ölçülmüştür. Oturur pozisyonda iken patella ile topuk tabanı arası, yatar pozisyonda ise kişi sırtüstü yatarken diz ve ayak bileği 90° bükülü iken topuk ve patella arası kaliperin gövdesi baldıra paralel olarak tutularak ölçüm yapılmıştır (2).

İstatistiksel Değerlendirme: Verilerin dağılımları, aritmetik ortalama (x), standart sapma (S), standart hata (Sx) değerleri bulunmuş, iki ortalama ve iki eş arasındaki farkın önemlilik testi istatistiksel testler olarak uygulanmıştır (3).

Diz boyundan boy uzunluğunu ve baldır çevresi, subskapular deri kıvrım kalınlığı ve üst orta kol çevresinden vücut ağırlığını saptamak üzere çökü regresyon analizi uygulanmıştır (3).

Bulgular ve Tartışma: Yaşlı erkeklerde ortalama yaş (x±S) 73.0±6.7 yıl iken, kadınlarda 72.2±4.8 yıldır. Ortalama boy ve ağırlık erkeklerde sırasıyla 164.4±6.9 cm, 64.7±10.2 kg, kadınlarda 150.4±7.3 cm, 62.3±14.1 kg bulunmuştur. Subskapula deri kıvrım kalınlığı (DKK) erkeklerde 18.8±6.4 mm, kadınlarda 21.7±7.5 mm olarak saptanmıştır. Sol diz boyu erkeklerde yatarak 51.9±2.7 cm, oturarak 51.9±2.6 cm bulunurken, aynı ölçümler kadınlarda 47.4±2.9 cm ve 47.3±2.9 cm bulunmuştur. Farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Fizik antropologların ilk gözlemleri uzun kemiklerin (femur, tibia, fibula, humerus, radius ve ulna) yaş ile az değiştiği ve boy ile yüksek korelasyon gösterdiği (4).

Muncie ve arkadaşları (5), diz boyu ile boy uzunluğunun en yüksek korelasyonu verdiğini (r:0.93) saptamış ve boy tahmini için daha uygun olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca diz boyu ölçümü daha basit ve kolay olup, yatağa bağımlı, ayağa kalkamayan hastalarda da kullanılabilir. Chumlea ve arkadaşları (6-8), Myers ve arkadaşları (9), Prothro ve arkadaşları (4), Muncie ve arkadaşları (5), Hertzog ve arkadaşları (10), beyaz, zenci, Amerikalı ve Japonlarda diz boyundan boy tahmini için denklemler oluşturmuşlardır.

Araştırmada boy uzunluğu ile yaş arasında ters korelasyon bulunmuştur. Diz boyu ve yaşın birlikte, erkeklerde %72.7, kadınlarda %56.5 oranında boy uzunluğunu açıkladığı saptanmış ve boy uzunluğunu saptamak üzere erkek ve kadınlar için denklemler geliştirilmiştir. Bu veriler Chumlea'nın (6) verilerine uygunluk göstermektedir.

Boy uzunluğu (cm)

Erkek için=71.068+ (2.177x diz boyu-cm) - (0.27x yaş-yıl)

Kadın için=75.958+ (2.0x diz boyu-cm) - (0.28x yaş-yıl)

Yatağa bağımlı yaşlılarda diğer bir sorun vücut ağırlığının saptanmasıdır. Ateia ve arkadaşları (11) 108 erkek ve 103 kadında antropometrik ölçümlerden ağırlık tahmini için erkeklerde orta kol çevresi, göğüs çevresi, kadınlarda uyluk çevresi abdominal DKK ölçümlerini kullanarak denklemler geliştirmiştir.

Chumlea ve arkadaşları (12) ise, 228 yaşlı birey üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda orta kol çevresi, baldır çevresi ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümlerinden vücut ağırlığını saptamada kullanılmak üzere denklemler geliştirmişlerdir.

Bu çalışmada çoklu regresyon analizi ile vücut ağırlığını saptamak üzere erkekler ve kadınlar için denklemler oluşturulmuştur.

Vücut Ağırlığı (kg)

Erkek= [(1.521x baldır çevresi-cm)+(0.21x subskapular DKK-cm)+ (1.581x kol çevresi-cm) -33.261]

Kadın= [(0.558x baldır çevresi-cm)+(0.573-subskapular DKK-cm)+ (1.603x kol çevresi-cm) -16.483]

Chumlea (6) denklemi kullanılarak erkeklerde boy uzunluğu ortalaması; 166.1±16.6 cm, kadınlarda 154.2±5.6 cm bulunmuştur. Bu çalışma sonucu elde edilen denkleme göre erkeklerde boy uzunluğu 164.3±6.7 cm, kadınlarda 154.8±7.9 cm'dir. Benzer şekilde Chumlea (12), denklemine göre vücut ağırlığı ortalaması; erkeklerde 64.7±6.1 kg iken, kadınlarda 62.6±4.8 kg'dır. Bu çalışmadan elde edilen denkleme göre erkek ve kadınlarda sırasıyla vücut ağırlığı ortalaması 62.6±4.8 kg ve 60.1±5.9 kg dir.

Erkek ve kadınlarda boy uzunluğu ve vücut ağırlığı için geliştirilen denklem ve Chumlea denklemi ile bulunan değerler arasında istatistiksel yönden farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Buna göre iki denklemde ülkemizde kullanılabilir. Ancak bu çalışmada elde edilen denklemlerle gerçeğe daha yakın sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen denklem kullanılarak bulunan boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile bireylerde ölçüm yapılarak bulunan boy uzunluğu ve vücut ağırlığı arasındaki fark da önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç ve Öneriler:

1-Beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan, antropometrik ölçümlerden biri olan, boy uzunluğu yaş ile değişmektedir. Özellikle yatağa bağımlı hastalarda bu ölçüm zor olmaktadır. Yaşlılarda boy uzunluğunun saptanmasında, diz boyu ölçümünün kullanılacağı saptanmış ve denklem geliştirilmiştir.

2-Beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan diğer bir antropometrik ölçüm ise vücut ağırlığıdır. İst orta kol çevresi, baldır çevresi ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümünün kullanımı ile yaşlılarda ağırlığın bulunabileceği sonucuna varılmıştır.

3-Bu yöntemlerle bulunan ağırlık ve boy ölçümleri referans verilerle kıyaslanarak yaşının beslenme durumu saptanabilir. Ayrıca bu denklemlerle bulunan vücut ağırlığı ve boy uzunluğu BKİ (ağırlık/boy²) ve diğer indekslerin, bazal metabolizma hızının, enerji gereksiniminin ve enerji harcamasının, kreatinin-boy indeksinin hesaplanmasında, boya göre ağırlığın değerlendirilmesinde kullanılabilir. Ayrıca, yaşlılarda büyük önem taşıyan vücut düzeyine göre kreatinin klerensini düzenlemek ve böbreklerle atılan ilaç dozunu ayarlamak amacıyla da etkin olarak kullanılabilir. Ülkemizdeki yaşlılar üzerinde benzer çalışmalar yapılarak daha büyük bir örneklerde yaşlılar için referans veriler oluşturulabilir ve diğer antropometrik ölçümlerle regresyon kurularak benzer denklemler geliştirilebilir.

Tablo 1: Yaşlılarda Çoklu Regresyon İle Boy Uzunluğunun Saptanması

	Katsayı	SX	t	p
ERKEK				
Kesişim	71.068	10.331	6.879	0.0001
Diz boyu	2.177	0.161	13.556	0.0001
Yaş	-0.27	0.059	-4.542	0.0001
	R ² =0.727		r=0.856	
KADIN				
Kesişim	75.958	8.479	8.958	0.0001
Diz boyu	2.0	0.156	12.832	0.0001
Yaş	-0.28	0.055	-5.117	0.0001
	R ² =0.565		r=0.755	

Boy uzunluğu (cm)

Erkek için=71.068+ (2.177x diz boyu) - (0.27x yaş)

Kadın için=75.958+ (2.0x diz boyu) - (0.28x yaş)

Tablo 2: Yaşlılarda Çoklu Regresyon İle Vücut Ağırlığının Saptanması

	Katsayı	SX	t	p
ERKEK				
Kesişim	-33.261	7.94	-4.189	0.0001
Baldır çev.	1.521	0.318	4.778	0.0001
Supskapula	0.121	0.114	1.068	0.291
Kol çev.	1.581	0.419	3.768	0.0001
	R ² = 0.78		r=0.883	
KADIN				
Kesişim	-16.483	9.035	-1.824	0.073
Baldır çev.	0.558	0.279	1.999	0.050
Supskapula	0.573	0.145	3.961	0.0001
Kol çev.	1.603	0.310	5.163	0.073
	R ² = 0.633		r=0.796	

Vücut Ağırlığı (kg)

Erkek= [(1.521x baldır çev.)+(0.21x subskapular DKK)+
(1.581x kol çev.) -33.261]

Kadın= [(0.558x baldır çev.)+(0.573-subskapular DKK)+
(1.603x kol çev.) -16.483]

KAYNAKLAR

1. Lohman T.G., Roche A.F., Martorell R. (Eds); Anthropometric Standardization Reference Manual, Kinetics Books, Champaign, Illinois, 1988.
2. Frisancho A.R. Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status. Univ. of Michigan. Press. 1990.
3. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, Hatipoğlu Yayınları; 53, Ankara, 1990.
4. Prothro J.W., Rosenbloom C.A. Physical Measurements in an Elderly Black Population: Knee Heights as the Dominant Indicator of Status, J. Geron, 48: M15-M18, 1993.
5. Muncie H.L., Sobal J., Hoopes J.M., Tenny J.H., Warren J.W. A Practical Method of Estimating Stature of Bedridden Female Nursing Home Patients, J. Am. Geriatr. Soc. 35: 285-289, 1987.
6. Chumlea W.C., Roche A.F., Steinbaugh M.L. Estimating Stature from Knee Height for Persons 60 to 90 Years of Age. J. Am. Geriatr. Soc. 33: 116-120, 1985.
7. Chumlea, W.C., Baumgartner R.N. Status of Anthropometry and Body Composition Data in Elderly Subjects. Am. J. Clin. Nutr. 50: 1158-66, 1989.
8. Chumlea W.C., Guo S. Equations for Predicting Stature in White and Black Elderly Individuals, J. Gerontol, 47: M197-M203, 1992.
9. Myers S.A., Takiguchi S, Yu M. Stature Estimated from Knee Height in Elderly Japanese Americans, J. Am. Geriatr. Soc. 42: 157-160, 1994.
10. Hertzog M.P., Garn S. M., Hempt H.O. Partitioning the Effects of Secular Trend and Ageing on Adult Stature, Am. J. Phys. Anthropol. 31: 111-116, 1969.
11. Atiea J.A., Baboubi N.Y., Hudson P.R., Sastry B.D. Body Weight Estimation of Elderly Patients by Nomogram, J. Am. Geriatr. Soc., 42: 763-765, 1994.
12. Chumlea W.C., Guo S., Roche A.F., Steinbaugh M.L. Prediction of Body Weight for the Nonambulatory Elderly from Anthropometry, J. Am. Diet. Assoc, 88: 564-568, 1988.

S7

**YAŞLILIK
ve
ALIŞKANLIKLAR**

**ELAZIĞ İLİ DİYANET ÇALIŞANLARININ
SİGARA KONUSUNDAKİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI**

Yasemin AÇIK*, Fikret KARAMAN**, Hafize SEZER***, Erol SEZER*,
Ferdane OĞUZÖNCİL, *Edibe DİNÇ****, Yüksel GİNGÖR*, Aytaç POLAT****

*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Elazığ İl Müftüsü

***Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

****Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Elazığ İli Müftülüğünde görev yapan 969 personelin tümü (ilçe ve köyler dahil) çalışmanın kapsamına alınmıştır. Hazırlanan anket formu isim yazılmaksızın doldurulacak şekilde listedeki personele müftülük aracılığıyla ulaştırılmıştır. 969 personelin 790'ından (%81.5) cevap alınabilmiştir. Cevaplılık oranı il merkezinde %98.9 (n=370), ilçe ve köylerde ise %70.8 (n=599) olmuştur.

Cevap veren on kadının üçü sigara içmektedir. Cevapsızlar nedeniyle eğitim durumuna, medeni duruma, yaşa ve görev yapılan yere göre sigara içme durumu 738 erkek personel dikkate alınarak incelenmiştir. 699 erkek din adamının %41.1'i, 39 diğer diyanet çalışanının (memur veya müstahdem) ise %64.1'i sigara içmektedir. Görev yapılan yere (il merkezi ile ilçe ve köyler arasında) göre sigara içme prevalansında fark görülmemiştir. Sigara içen din adamlarının %47.9'u düzenli sigara içmeye 20 yaşından önce başlamıştır. Ortalama Fagerström Nikotin Bağımlılık Puanı, erkek din adamlarında 2.75 ve diğer diyanet çalışanlarında 3.71'dir. Halen sigara içen 304 kişinin: %31.9'u sigarayı bırakmayı düşünmemekte, %38.8'i bırakmayı düşünmekte ve %29.3'ü bırakma hazırlığı aşamasındadır. Sigara içmeyen 353 din adamının %65.2'si çevrede içilen sigaranın sağlıkları üzerine olan zararlı etkilerinden endişe duyduklarını belirtmiştir. Sigara içen din adamlarının %75.1'i, diğer diyanet personelinin %47.6'sı müftülükçe sigara içen diyanet personeline yönelik bir sigarayı bırakma kampanyası düzenlenecek olsa katılacaklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak Elazığ ilinde görev yapan din adamları toplumun geneline göre daha az oranda sigara içmektedir. Sigara içen din adamları arasında bırakmayı düşünen veya bırakma hazırlığı içinde olanlar toplum geneline göre oldukça yüksek orandadır. Tüm bu bulgular, sigara konusunda din adamlarına yönelik eğitim ve bıraktırma çalışmalarının hem din adamları için hem de bunların toplumu etkileyebilme potansiyelleri nedeniyle toplum için önemli yararlar sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Sigara, Tutum ve Davranış, Din adamı.

SUMMARY

**BEHAVIORS AND OPINIONS OF PERSONNEL WORKING FOR
RELIGIOUS AFFAIRS DIRECTORATE IN ELAZIG PROVINCE, 1997**

The study group was planned to include all of the personnel working for the religious affairs directorate in Elazig Province. An anonymous and self administered questionnaire was sent to every employee of the directorate. Of the 969 personnel 790 (%81.5) responded. Response rate was 98.9% (n=370) in the provincial center and %70.8 (n=599) in the rest of Elazig.

There were ten female respondents, three of whom smoked. Because of the missing values, tabulation regarding smoking status by age, education, place, and marital status included 738 male personnel. Percentage of current smokers was 41.2% among 699 male professional personnel who were in charge of performing religious duties. Smoking prevalence did not differ by place (provincial center versus the rest of the province). Percentage of current smokers was 64.1% among 39 other

personnel (i. e. clerks and workers). Proportion of smokers who had started to smoke regularly before age 20 was 47.9% in the professional staff. The mean score of the Fagerstrom Test of Nicotine dependence was 2.75 in professional male respondents., and 3.71 in other male personnel. Of the 304 current smokers 31.9% were in the precontemplation stage, 38.8 in the contemplation stage and 29.3% in the preparation stage regarding the stages of change. Among the 353 non-smoking professional personnel 65.2% stated that they were worried about the harmful effects of environmental tobacco smoke on their health. In the professional personnel 75.1% and in the other personnel

47.6% appeared to have a positive attitude toward participating in a quit smoking campaign.

It can be concluded that prevalence of smoking in religion professionals is less than that in the population. Most smokers among them are willing to quit. Educational activities on tobacco control

and quit smoking campaigns directed to religion professionals can work very well in Elazig and probably in most places in Turkey. This can also have an important impact on smoking in the population because of the roles they play.

Key Words: Smoking, Behaviors and opinions, religion professionals

Giriş: Sigara kullanımı günümüzde dünya nüfusunu tehdit eden en önemli önlenilebilir ölüm nedenidir. Koroner kalp hastalığı, başta akciğer kanseri olmak üzere birçok organ kanserleri, kronik bronşit ve serebrovasküler hastalık sigaranın neden olduğu, ölüme yol açan ve sık görülen başlıca hastalıklardandır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği hesaplara göre sigara halen dünyada yılda 3 milyon kişinin ölümlünden sorumludur. Salgınin bugünkü eğilimlerle sürmesi halinde 2020'li yıllarda bu sayının 10 milyona yükselmesi beklenmektedir. Sigara salgınının gelişmiş ülkelerde gerilemesine karşın Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde hızlanarak sürmesi nedeniyle 2020'lerde beklenen yılda 10 milyonluk sigara ölümünün %70'inin gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (1).

Sigara salgınının kontrolüne yönelik etkinliklerden biri de toplumdaki bazı meslek gruplarındaki sigara içme davranışlarının ve tutumlarının sürekli ve düzenli olarak izlenmesidir. Sağlık personeli ve öğretmenlerin yanı sıra sosyal rolleri ve toplumları etkileyebilme potansiyelleri nedeniyle din adamları da bu grubun içinde düşünülmelidir. Ülkemizde din adamlarının sigara ile ilgili tutum ve davranışları konusunda ülke ya da il düzeyinde yapılmış bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu eksikliğin fark edilmesi ve Elazığ Müftülüğü'nün konuya yönelik ilgisi, çalışmanın başlatılması için uyarıcı bir faktör olmuştur.

Çalışmanın amacı, Elazığ ilinde görev yapan Diyanet çalışanlarının sigara konusundaki tutum ve davranışlarını saptamaktır.

Materyal-Metod: Müftülükten Elazığ'da görev yapan (ilçe ve köyler dahil) tüm personelin isim listesi alınmış ve bu listedeki personelin tamamı çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Hazırlanan anket formu isim yazılmaksızın doldurulacak şekilde listedeki personele müftülük aracılığıyla ulaştırılmıştır. Doldurulan formlar da aynı şekilde toplatılmıştır.

Elazığ ili Müftülüğüne bağlı olarak çalışan personel sayısı 969 kişidir. Elazığ müftülüğü il kadrosunda çalışan 370 kişinin 366'sından (%98.9), ilçe ve ilçelere bağlı köylerde çalışan 599 kişinin 424'ünden (%70.8), Elazığ il merkezi ile ilçeler birlikte düşünüldüğünde 969 kişinin 790'ından (%81.5) cevap alınmıştır.

Anket formunda sigara içme durumunun tasnifine yönelik olarak yer alan ve aşağıda yazılı sorular, Amerika Birleşik Devletlerinde sigara içme durumunun tasnifi için kullanılan standart sorulardır (2).

1-Hayatınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içtiniz mi?

- a) Evet
b) Hayır

2-Halen sigara içiyor musunuz?

- a) Evet, günde en az bir tane olmak üzere hergün içiyorum
b) Hergün olmamakla birlikte ara sıra içiyorum
c) İçmiyorum

3-Günde ya da haftada ortalama olarak ne kadar sigara içiyor sunuz?

Günde..... adet sigara

Hergün sigara içmiyorsanız, Haftada..... adet sigara

Bireyler bu sorulara verdikleri cevaplara göre, ABD'de kullanılan sınıflandırma dahilinde aşağıdaki sigara içme kategorilerine ayrılmışlardır.

Halen içenler (Current smokers): Birinci soruya "evet" deyip, ikinci soruda "a" veya "b" seçeneğini işaretleyenler.

Bırakanlar (former smokers): Birinci soruya "evet" deyip, ikinci soruda "c" seçeneğini işaretleyenler.

İçmemiş olanlar (never smokers): Birinci soruya "hayır" diyenler.

Sigarayı bırakma süreciyle ilgili tanımlar için ise aşağıdaki sorular kullanılmıştır (3, 4).

1-Önümüzdeki altı ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

- a) Evet
b) Hayır

2-Önümüzdeki bir ay içerisinde sigarayı bırakmaya niyetiniz var mı?

- a) Evet
b) Hayır

3-Geçen yıl bırakmayı denediniz mi?

- a) Evet
b) Hayır

4- (Sigarayı bırakanlar cevaplayacak) Sigarayı ne zaman bıraktınız?

- a) 1 aydan daha az
b) 1 ay oldu 6 ay olmadı
c) 6 ay oldu, 5 yıl olmadı
d) 5 yıldan daha fazla

Bireyler bu sorulara verdikleri cevaplara göre aşağıda belirtilen bırakma süreci aşamaları kategorilerine ayrılmışlardır.

1-Bırakmayı düşünmeyenler: birinci soruya "hayır" diyenler

2-Bırakmayı düşünenler: 1. Soruya evet deyip 2. ve 3. sorulardan en az birine hayır diyenler.

3-Hazırlık aşaması: 1.. 2. ve 3. soruların hepsine birden "evet" diyenler

4-Bırakmayı deneme aşaması: 4. Soruda "a" veya "b" seçeneğini işaretleyenler

5-Bırakmayı sürdürme aşaması: 4. Soruda "c" seçeneğini işaretleyenler

6-Bırakalı 5 yıl ve daha fazla olmuş olanlar: 4. Soruda "d" seçeneğini işaretleyenler

Nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesi için aşağıda yer alan Fagerström Nikotin bağımlılık Testi soruları kullanılmıştır (5).

1-Sabahın ilk sigarasını uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?

- a) İlk 5 dakika içinde3 puan
b) 6-30 dakika içinde2 puan
c) 31-60 dakika içinde1 puan
d) Bir saatten sonra0 puan

2-Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

- a) Evet1 puan
b) Hayır0 puan

3-Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor. Diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?

- a) Sabahın ilk sigarası1 puan
b) Diğer0 puan

4-Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz?

- a) Evet1 puan
b) Hayır0 puan

5-Günün çoğunu yataкта geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda da sigara içermisiniz?

- a) Evet1 puan
b) Hayır0 puan

Araştırmanın saha uygulaması Ekim-Aralık 1997 tarihleri arasında yapılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programına kaydedilmiş, tablolar ve istatistiksel analizler bu programda yapılmıştır. Oranların yaşa veya yaşa ve eğitim durumuna göre (indirekt) standardizasyonu ve bunlarla ilgili önemlilik testi (Cochran testi) (6) el kalkülatörü kullanılarak yapılmıştır. İndirekt standardize oranların hesabında din adamları toplamına ait spesifik oran takımı kullanılmıştır.

Tablo ların oluşturulmasında ve yüzdelerin hesabında ilgili soruya yanıt vermeyenler dikkate alınmamıştır. Bu nedenle toplam sayılar farklı sorular için farklı değerler almıştır.

Bulgular: Cevap verenlerin 780'i (%98.7'si) erkek, 10'u (%1.3'ü) kadındır. Bu grubun %78.9'u İmam Hatip, %11.3'ü Müezzin Kayyim, %3.7'si Kur'an Kursu Öğretmeni, %0.9'u Müftü, %3.8'i memur ve %1.4'ü hizmetlidir.10 kadından 3'ü (%30) sigara içmektedir. Kadın sayısının çok az olması nedeniyle tüm tablo ve analizler kadınlar dışlanarak yapılmıştır. Dört erkeğe ait anket formları da sigara içme durumlarıyla ilgili bilgileri eksik olduğu için tablolara ve analizlere dahil edilmemiştir. Din adamlarının yaş ortalaması ve bunun standart sapması (SD), 34.84 (SD=8.3), diğer diyanet personelinin yaş ortalaması 39.84 (SD=6.54)'tür.

Memur ve hizmetlilerin din adamlarından farklı özellikler taşıyabileceği düşüncesiyle, yapılan tüm tablolarda din adamları ayrı diğer diyanet çalışanları (hizmetli ve memurlar) ise ayrı olarak değerlendirilmiştir. Yaşın, eğitim durumunun, medeni durumun etkisi büyük homojen grup olarak sadece erkek din adamlarında incelenmiştir. Diğer diyanet çalışanları toplam 39 kişi olduğu için bu fak-

törlere açısından incelenememiştir. Elazığ'da görev yapan erkek din görevlilerinin; görev yeri, eğitim durumu, ve yaş gruplarına göre sigara kullanma durumları Tablo 1'de verilmiştir.

Tüm diyanet personeli birlikte düşünüldüğünde sigara içme oranı %42.3'tür. Din adamlarının %41.1'i, diğer diyanet çalışanlarının %64.1'i sigara içmektedir (Tablo 1). Fark anlamlıdır ($\chi^2=8.035$, $sd=1$, $p=0.0046$). İl merkezinde görev yapan din adamlarının %38.3'ü sigara içerken, diğer diyanet personelinin %60.0'ı sigara içmektedir (Tablo 1). Yine ilçe ve köylerde çalışan din görevlilerinin %43.3'ü sigara içerken, diğer diyanet çalışanlarının %71.4'ü sigara içmektedir (Tablo 1). Hem il merkezi hem de ilçe ve köylerde din adamları diğer diyanet personelinin daha az oranda sigara içmektedir. Hiç içmemiş olanların oranı din adamlarında %38.7, diğer diyanet personelinde %12.8'dir ($\chi^2=10.624$, $sd.=1$, $p=0.0011$). İçmiş olanların içinde bırakanların payı ise din adamlarında %32.9, diğer diyanet personelinde %26.5'dir ($\chi^2=0.602$, $sd.=1$, $p=0.4378$).

Erkek din görevlilerinde yaşın sigara kullanım durumuna etkisi: Din adamlarında 30 yaşından küçük olanların %51.9'u ($n=214$), 30-39 yaş grubundakilerin %38.1'i ($n=297$), 40-49 yaş grubundakilerin %34.5'i ($n=148$) ve 50+ yaş grubundakilerin ise %30'u ($n=40$) sigara içmektedir (Tablo 1). Bu farklılaşma istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=16.132$, $sd.=3$, $p=0.0011$); <30 yaş grubu dışlandığında $\chi^2=1.296$, $sd=2$, $p=0.5232$ olmaktadır, yani önemlilik kaybolmaktadır). Fakat istatistiksel düzeyde önemli olmamasına karşın 30 yaş üzerindeki de yaş arttıkça oranlarda düzenli bir düşme eğilimi gözlenmektedir.

Sigara içme prevalansının yaşla farklılaşmasının nedenlerinin anlaşılabilmesi için hiç içmemiş olma durumunun ve bırakanın yaşla ilişkisi de araştırılmıştır:

Hiç içmemiş olanların (never smokers) oranı; <30 yaş grubundaki din görevlilerinde %30.4 ($n=214$), 30-39 yaş grubundakilerde %43.1 ($n=297$), 40-49 yaş grubundakilerde %43.2 ($n=148$) ve 50+ yaş grubundakilerde %35.0 ($n=40$)'dir ($\chi^2=10.185$, $sd.=3$, $p=0.0171$). <30 yaş grubu dışlandığında önemli bir fark kalmamaktadır ($\chi^2=10.185$, $sd.=3$, $p=0.0171$).

İçmiş olanların içinde bırakmış olanların oranı (Quit ratio): Bırakanlar/ (İçenler+Bırakanlar) formülü ile hesaplanmaktadır. Bırakma oranları (Quit ratio); <30 yaş grubundaki din görevlilerinde %25.5 ($n=149$), 30-39 yaş grubundakilerde %33.1 ($n=169$), 40-49 yaş grubundakilerde %39.3 ($n=84$) ve 50+ yaş grubundakilerde %53.9 ($n=26$)'dur ($\chi^2=10.408$, $sd.=3$, $p=0.0154$, χ^2 değerine en çok katkı sağlayan 50+ yaş grubu dışlandığında $\chi^2=5.043$, $sd.=2$, $p=0.0803$). 50'den küçük yaşlar için önemlilik anlamlı düzeyine altında kalsa da anlamlı düzeye yakındır. Genel olarak yaş arttıkça bırakma oranları da artmaktadır. Tüm erkek din adamlarında bu oran %32.9'dur.

Sonuç olarak 30 yaşın altındaki grupta içme oranları belirgin şekilde daha yüksektir. 30 yaşın üstündekilerde içme oranlarındaki düşme yaş arttıkça artmaktadır. Yaşa göre içme oranlarının azalması iki faktör ile ilgili gibidir. Birincisi 30 yaşından küçük din görevlileri kuşağının, daha yaşlı kuşağa göre sigaraya daha çok bulaşmış olması, ikincisi ise bırakma oranlarının yaş ile artmasıdır.

Erkek din görevlilerinde eğitimin sigara kullanım durumuna etkisi: Lise ve altı eğitim almış din görevlilerinden <30 yaş grubunda olanların %52.1'i ($n=194$), 30-39 yaş grubundakilerin %39.6'sı ($n=250$), 40+ yaş grubundakilerin %36.0'sı ($n=161$), tüm lise veya altı eğitim almış din görevlilerinin ise %42.6'sı ($n=605$) sigara içmektedir. Üniversite eğitimi almış olanlardan <30 yaş grubunda olanların %50.0'si ($n=20$), 30-39 yaş grubundakilerin %29.8'i ($n=47$), 40+ yaş grubundakilerin %18.5'i ($n=27$) ve üniversite eğitimi almış olanların toplamının ise %30.9'u ($n=94$) sigara içmektedir. 50+ yaş grubunda üniversite mezunu sayısı çok az (3 kişi) olması nedeniyle 40-49 yaş grubu ile 50+ yaş grubu birlikte değerlendirilmiştir. Yaşa göre indirekt standardize edilmiş sigara içme oranı; Lise ve altı eğitim grubunda %42.4, üniversite eğitimi almış olanlarda %31.9 olarak bulunmuştur (Cochran testi ile $p=0.0574$).

İçmiş olanların içerisinde bırakmış olanların oranı (quit ratio); Lise ve altı eğitim almış grupta 30 yaşından küçük olanlar için %24.1 ($n=133$), 30-39 yaş grubu için %29.3 ($n=140$), 40+ yaş grubu için %40.8 ($n=98$), tüm lise ve altı eğitim almış olanlar için %30.5 ($n=371$) olarak saptanmıştır. Bu oran; Üniversite eğitimi almış grupta 30 yaşından küçük olanlar için %37.5 ($n=16$), 30-39 yaş grubu için %51.7 ($n=29$), 40+ yaş grubu için %58.3 ($n=12$) ve tüm üniversite mezunları için %49.1 ($n=57$)'dir. Yaşa göre indirekt standardize edilmiş bırakma oranı (quit ratio) lise ve altı eğitim grubunda %30.3, üniversite eğitimi alanlarda %49 olarak hesaplanmıştır. (Cochran Testine göre $p=0.00278$).

Lise ve altı eğitim almış olup, 30 yaşından küçük olanların ($n=194$) %31.4'ü, 30-39 yaş grubunda olanların ($n=250$) %44'ü, 40+ yaş grubunda olanların ($n=161$) %39.1'i ve tüm lise ve altı eğitim almış olanların ($n=605$) %38.7'si hiç sigara içmemiştir (never smokers). Üniversite eğitimi almış olanlardan 30 yaşın altında olanların ($n=20$) %20'si, 30-39 yaş grubunda olanların ($n=47$) %38.3'ü, 40+ yaş grubunda olanların ($n=27$) %55.5'i ve tüm üniversite eğitimi almış olanların ($n=94$) ise %39.4'ü hiç sigara içmemiştir. Yaşa göre içmemiş olma (Never smoking) indirekt standardize oranı lise ve altı eğitim almış olanlar için %38.8, üniversite eğitimi almış olanlar için %38.2'dir. Yani oranlar aynı gibidir.

Eğitim durumu yüksek olan grupta sigara içme oranı daha düşüktür. Eğitim durumuna göre içmemiş kalma oranları değişmemektedir. Yani iki eğitim grubundaki kişiler benzer oranlarda sigara salgınına yakalanmaktadır. Fakat eğitimi yüksek grupta bırakma oranları lise ve altı eğitim almış olan gruba göre daha yüksek olmakta ve içme oranları bu nedenle farklılaşmaktadır.

Erkek din görevlilerinde medeni durumun sigara kullanımına etkisi: Evli olmayanların sayısı 30+ yaş grubunda sadece üç kişi, <30 yaş grubunda üniversite eğitimi almış olanlarda da sadece bir kişi olduğu görülmüştür. Evli olanların oranı sadece <30 yaş grubunda olup lise ve altı eğitim almış olanlarda incelenmiştir. Bu grupta ($n=194$); evli olanların ($n=150$), %54.7'si halen sigara içmekte, %17.3'ü bırakmış ve %28'i hiç içmemiştir. Bekarların ($n=44$) ise %43.2'si halen içmekte, %13.6'sı bırakmış ve %43.2'si hiç içmemiştir. Hiç içmemiş olma oranı bekarlarda daha yüksek gibidir ($\chi^2[\text{yok1}][\text{yok2}]=3.638$ $sd:1$ $p=0.0565$). Bırakma oranı (quit ratio) evlilerde %24.1, bekarlarda %24'tür.

Erkek din görevlilerinde yerleşim yerinin sigara kullanımına etkisi: Yaşa ve eğitim düzeyine göre (İndirekt) standardize edilmiş sigara içme oranları: İl merkezi için %41.3, ilçe ve köyler için %40.9'dur. Yani oranlar aynı gibidir.

Sigara içen Din görevlilerinin %15.7'si günde 5 ya da daha az, %34.6'sı 20+ sigara içerken, diğer Diyanet çalışanlarının %8'i günde 5 ya da daha az, %56'sı 20+ sigara içmektedir (Tablo 2). Günde 20+ sigara içme oranı Diğer personelde Din görevlilerine göre anlamlı düzeyde yüksektir ($\chi^2=4.522$, $sd.=1$, $p=0.0335$)

Sigara içen diyanet çalışanlarının genellikle kullandıkları sigara marka veya çeşitlerine göre yüzde dağılımları şöyledir: Maltepe %37.6, Samsun %28.3, Tekel 2000 %24, Marlboro %2.7, Tabaka tütün %2.7, Parliament %2.3, Camel %1.2 ve Bitlis %1.2'dir. Din görevlilerinin %47.9'u, diğer diyanet personelinin ise %52.2'si 20 yaşından önce sigaraya başlamıştır (Tablo 3).

Sigara içen din adamları ve diğer diyanet personelinin sigarayı bırakma sürecinin aşamalarına göre dağılımları Tablo 4'te görülmektedir. Bu iki grupta dağılımlar benzerdir.

Diyanet çalışanlarının %65.5'inin Fagerström nikotin bağımlılık puanı ≤ 3 (az), %25.2'sinin 4-6 (orta) ve %9.3'ünün ≥ 7 (yüksek) olarak bulunmuştur. Ortalama Fagerström Bağımlılık Puanı ve buna ait standart sapma (SD); din adamlarında 2.75 (SD=2.31), diğer diyanet çalışanlarında 3.71 (SD=2.84)'dir ($t=1.90$, $sd:2.68$, $p=0.058$). Tüm diyanet personeli birlikte değerlendirildiğinde Fagerström Bağımlılık Puanı ortalaması 2.83 (SD=2.37) olarak saptanmıştır.

Sigarayı bırakmış olan din adamlarının ($n=110$), %10.9'u bırakmayı deneyen, %30.9'u bırakmayı sürdüren ve %58.2'si bırakılmı 5 yılı geçenler kategorisinde iken, sigarayı bırakmış olan diğer diyanet personelinin ($n=7$), 2'si bırakmayı deneyen, 2'si bırakmayı sürdüren ve 3'ü bırakılmı 5 yılı geçenler kategorisindedirler.

"İçtiğiniz Sigaranın Sağlığınız Üzerindeki Zararlı Etkileri Sizi Düşündürüyor mu?" Sorusuna sigara içen Din adamlarının ($n=249$) %45'i çok fazla, %22.1'i oldukça, %28.5'i biraz, %4.4'ü hiç yanıtını verirken; sigara içen diğer personelin ($n=20$), %40'ı çok fazla, %40'ı oldukça, %15'i biraz ve %5'i hiç yanıtını vermiştir.

"Evde İçtiğiniz Sigaranın Çocuklarınız Üzerine Zararlı Etkileri Sizi Düşündürüyor mu?" Sorusuna sigara içen Din adamlarının ($n=242$), %53.7'si çok fazla, %26'si oldukça, %14.9'u biraz ve %5.4'ü yanıtını verirken sigara içen diğer Diyanet personelinin ($n=22$)

%54.5'i çok fazla, %31.8'i oldukça, %13.6'sı biraz yanıtını vermişlerdir.

"Sigaranın sağlığa zararlı olduğu" fikrine. Din adamlarının (n=610), %91.5'i tamamen katılıyorum, %5.4'ü bir ölçüde katılıyorum, %0.7'si pek katılmıyorum, %2.5'i hiç katılmıyorum yanıtını verirken diğer Diyanet personelinin (n=36), %77.8'i tamamen katılıyorum, %11.1'i bir ölçüde katılıyorum, %8.3'ü pek katılmıyorum ve %2.8'i hiç katılmıyorum yanıtını vermişlerdir.

"Sigara içmediğiniz halde çevrenizde içilen sigaranın sağlığınıza zararlı etkileri sizi endişelendiriyor mu?" sorusuna: sigara içmeyen din adamlarının (n=359), %65.2'si çok fazla, %18.7'si oldukça, %12.3'ü biraz, %1.9'u hiç ve %1.9'u fikrim yok yanıtını verirken sigara içmeyen diğer diğer Diyanet personelinin (n=13), 10'u (%76.9'u) çok fazla, biri oldukça, biri hiç, biri ise fikrim yok yanıtını vermişlerdir.

"Önümüzdeki aylarda Müftülükçe desteklenen ve sigara içen din görevilerine yönelik bir sigarayı bırakma kampanyası düzenlenecek olsa bu kampanyaya katılır mısınız" sorusuna sigara içen din adamlarının (n=237) %75.1'i, diğer diyanet personelinin (n=21) ise %47.6'sı katılabilecekleri yanıtını vermişlerdir ($\chi^2=7.372$ sd.=1 P=0.0066).

Tartışma: Diyanet çalışanlarının %42.3'ü sigara içmektedir. Din adamlarının (%41.1), diğer diyanet personelinin (%64.1) daha az oranda sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 1). Türk erkeklerinin sigara içme oranlarına bakıldığında; PİAR'ın 1988 araştırmasına göre 15 yaş ve üstü erkeklerin %62.8'i, BIGTAŞ'ın 1993 araştırmasına göre 20 yaş ve üstü erkeklerin %58'i sigara içmektedir (7, 8). Ergüder ve Sezer 1997'de Elazığ il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri erkeklerin %52.9'unun halen sigara içtiğini, %16.7'sinin bıraktığını ve %30.4'ünün hiç sigara içmediğini saptamışlardır (9).1993 yılında Onaran, Elazığ'da çalışan erkek hekimlerin %53.4'ünün her gün sigara içtiğini bulmuştur (10). Sezer ve Açık, 1993 yılında Elazığ'ın Baskil ilçesinde yaşayan 35+yaş grubu erkeklerin %58.7'sinin sigara içtiğini bildirmişlerdir (11). Yine Açık ve arkadaşlarının 1995 yılında yapmış oldukları bir çalışmaya göre Elazığ'daki şehirlerarası otobüs firmaları ile yolculuk yapan erkeklerin %58.9'u sigara içmektedir (12). Sezer ve arkadaşları 1997 yılında Elazığ'daki bankalarda çalışan erkek memurlarda sigara içme oranını %77.4 olarak bulmuşlardır (13). Horasan Menderes-İzmir ilk ve orta dereceli okul erkek öğretmenlerinde sigara içme oranını %67.1 olarak bulmuştur (14). Bilir ve arkadaşlarının 1997 yılında Ankara'da yapmış oldukları bir çalışmaya göre erkek öğretmenlerin %46.5'i, erkek gazetecilerin %67.7'si, erkek sanatçıları %53.3'ü, erkek doktorların %51.2'si halen sigara içmektedir (15). Diğer ülkelerdeki yetişkinlere ait sigara içme prevalansı: Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1995'de %27 (16), Finlandiya'da 1995'de %29, Fransa'da 1993'de %36, Almanya'da 1992'de %36.8, İngiltere'de 1994'de %28, Bulgaristan'da 1989'da %49, Yunanistan'da 1994'de %46, Rusya'da 1993'de %67'dir (17). Saeed ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yapmış oldukları bir çalışmaya göre erkeklerin %40'ı halen sigara içmekte, %16'sı bırakmış ve %44'ü hiç içmemiştir. Sigara içmeyenlerin içmeme nedenleri sorulduğunda içmeyenlerin %30'u dini nedenlerle sigara içmediklerini belirtmişlerdir (18). Yapılan araştırma bulguları da göstermektedir ki ülkemizde erkekler yüksek oranlarda sigara içmektedirler. Bu çalışmada saptanan diğer diyanet çalışanlarına ait %64.1'lik içme oranı Elazığ ve Türkiye yetişkin erkek içme oranlarına benzemektedir. Fakat din adamları için saptanan %41.1'lik sigara içme oranı Elazığ ve Türkiye yetişkin erkek içme oranlarından düşüktür. Din adamlığı mesleği sigaradan korunmada diğer mesleklerle göre daha iyi işlev görüyor gibidir. Bu konuda bir genelleme yapılabilmesi için başka yerlerde yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Din adamlarında Bırakma (Quit ratio) oranı %32.9'dur. Bu oran; Elazığ'ın Baskil ilçesinde 1993'de 35 yaş ve üstü nüfus için %28 olarak, Elazığ'da 1997'de 18 yaş üstü erkek nüfusta %24.1, İzmir'in Menderes ilçesinde 1994'de erkek öğretmenler için %13.8, ABD'de 1995'de %48.6 olarak bildirilmiştir (9, 11, 14, 16). Yukarıda Türkiye'ye ait verilen bırakma oranlarına göre din adamlarının bırakma oranı daha yüksek gibi görünmektedir.

Bulgular din adamlarında yaş ilerledikçe sigara içme oranlarının düştüğünü, bu düşmenin yaş arttıkça bırakma oranlarının artmasıyla ortaya çıktığını düşündürmektedir. Bu eğilim konuyla ilgili literatürle uyumludur (19). Eğitim düzeyi salgına katılma örümünü etkilemeyen fakat bırakma oranlarını arttırıcı bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Kişilere yüksek öğrenim yapma olanığı sağlayan özelliklerin salgına bulaşmaktan korunmaya yetmemesine karşın bırakmada daha başarılı olmayı sağladığı düşünülebilir. Medeni durumun etkisi sadece 30 yaştan küçük lise ve altı eğitimi grupta değerlendirilebilmiş ve evlilerdeki içme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sigaraya başlama konusunda daha aktif olan grubun erken evlenme yönünden de daha aktif olduğunu akla getirebilir. Bu, tesadüfen ortaya çıkmış bir yalancı ilişki de olabilir. Yerleşme yerinin il merkezi olup olmaması ilgili bulguya göre din adamlarının sigara içme oranları üzerinde etkili değil gibidir.

Sigara içen din görevilerinin %15.7'si beşten az sigara içerken %34.6'sı 20+sigara (Ağır içici) içmektedir. Sezer ve Açık'ın Baskil'de yapmış olduğu bir çalışmaya göre sigara içen 35 yaş üstü nüfusta günde 20+sigara içenlerin payı erkeklerde %62.8 olarak bulunmuştur (11). Yine Açık ve arkadaşlarının Elazığ'daki şehirlerarası otobüslerle yolculuk yapan kişilerde günde 20+ sigara içme oranını erkeklerde %18.4, olarak saptamışlardır (12). Dedeoğlu ve arkadaşları Antalya'da görev yapan erkek sağlık personelinde günde 20+ sigara içme oranını %49.7 olarak bulmuşlardır (20). Horasan Menderes-İzmir ilk ve orta dereceli okul erkek öğretmenlerinde %30.8, olarak saptamıştır (14). Din adamları için bu çalışmada saptanan ağır içicilerin toplam içiciler içindeki yüzde oranı yukarıda bu konuda belirtilen oranların ortasında yer almaktadır.

Elazığ ili diyanet çalışanlarının büyük bir kısmı, Maltepe (%37.6), Samsun (%28.3), ve Tekel 2000 (%24) marka sigara içmektedir. Yabancı sigara içme prevalansı ise %6.2'dir. Amerikan Harmanı kullananların payı, Tekel 2000 ve yabancı sigara kullanımı birlikte düşünüldüğünde %30.2'dir. Horasan, Menderes-İzmir ilk ve orta dereceli okul erkek öğretmenlerinin %10.4'ünün Maltepe, %41.7'sinin Samsun, %38.5'inin Tekel 2000., %5.2'sinin yabancı marka sigara içtiğini bulmuştur (14). Dedeoğlu ve arkadaşları Antalya'da görev yapan sağlık personelinin %34.5'inin yabancı filtreli, %64.5'inin ise yerli marka filtreli sigara içtiğini bildirmiştir (20).

Hem din adamlarının (%47.9), hem de diğer diyanet çalışanlarının (%52.2) büyük bir kısmı 20 yaşından önce sigaraya başlamıştır. (Tablo 5). Horasan Menderes-İzmir ilk ve orta dereceli okul erkek öğretmenlerinin %52.9'unun 20 yaşından önce sigaraya başladığını bulmuştur (14). Dedeoğlu ve arkadaşları Antalya'da görev yapan sağlık personelinin %62.7'sinin 20 yaşından önce sigaraya başladığını saptamışlardır (20).

Diyanet çalışanlarının %65.5'inin fagerström nikotin bağımlılık puanı ≤ 3 (az), %25.2'sinin 4-6 (orta) ve %9.3'ünün ≥ 7 (yüksek) olarak bulunmuştur. Ortalama fagerström bağımlılık puanı din adamlarında 2.75 (SD=2.31), diğer diyanet çalışanları için 3.71 (SD=2.84) ve tüm diyanet personelinde ise 2.83 (SD=2.37) olarak saptanmıştır. Fagerström ve arkadaşlarının sigara içme prevalansı ile nikotin bağımlılık düzeyini ülkelere ve bağımlılık kategorilerine göre kıyasladıkları bir çalışmada Fransa'da yaşayan kişiler %34'ünün fagerström bağımlılık puanını ≤ 3 (az), %47'sinin 4-6 arası (orta) ve %19'unun ≥ 7 (yüksek) olarak saptamıştır (21). Fagerström bağımlılık puanı ortalaması erkekler için Avusturya'da 3.81, Danimarka'da 3.13, Finlandiya'da 3.97 ve Polonya'da 3.98 olarak bildirilmiştir (21, 22, 23, 24). Din adamlarının ortalama bağımlılık puanlarının düşük olması bu gruba yönelik yapılacak bırakma çalışmaları için bir avantaj olarak düşünülmelidir.

Sigara içen Diyanet çalışanlarının %31.9'u bırakmayı düşünmemekte, %38.8'i bırakmayı düşünmekte, %29.3'ü ise bırakma hazırlığı içindedir. Sezer ve Açık'ın Elazığ'ın Baskil ilçesinde yapmış olduğu bir çalışmaya göre sigara içen 35 yaş üstü nüfusun %67.8'i bırakmayı düşünmemekte, %20'si bırakmayı düşünmekte ve %12.2'si bırakma hazırlığı içindedir (11). Horasan'ın yapmış olduğu bir çalışmaya göre Menderes-İzmir'de görev yapan öğretmenlerin %53.9'u bırakmayı düşünmemekte, %25.6'sı bırakmayı düşünmekte, %20.6'sı bırakma hazırlığı içindedir (14). ABD Kaliforniya'da yapılan bir çalışmada sigara içenlerin %37.3'ü bırakmayı düşünmemekte, %46.7'si bırakmayı düşünmekte ve %16'si bırakma hazırlığı içindedir (25). Güney Avustralya'da yapılan bir prevalans çalışmasında sigara içen kişilerin %24'ü bırakmayı düşünmeyen, %47'si bırakmayı düşünen ve %29'u bırakma hazırlığı aşamasında bulunmuştur (26). Sigara salgınına yakalanmış olan din adamlarının bırakmayı düşünme ve bırakma hazırlığı içinde olma oranları, ülkemiz geneli için elde edilen oranlardan belirgin şekilde farklıdır ve daha yüksektir. Bu durum onların daha düşük olan sigara kullanma

oranları ile de uyumludur ve mesleğin etkisiyle ilgili gibidir.

Din adamlarının "Sigaranın sağlığa zararı", "Çevrede içilen sigaranın sağlıkları üzerine olumsuz etkisi", "Evde içilen sigaranın çocukların sağlığı üzerindeki zararlı etkisi" konularındaki yüksek orandaki olumlu yanıtları onlarda davranış değişikliğinin daha kolay oluşturulabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, sigara içen din adamlarının büyük bir kısmı (%75.1), önümüzdeki aylarda müftülükçe sigara içen din adamlarına yönelik olarak bir sigarayı bırakma kampanyası düzenlense katılmak isteyeceklerini belirtmişlerdir. Bu da din adamlarına yönelik olarak yapılacak olan bıraktırma kampanyalarının iş görebileceğini göstermektedir.

Din adamları toplumun geneline göre daha az oranda sigara içmektedir. Sigara içen din adamları arasında bırakmayı düşünen veya bırakma hazırlığı içinde olanlar toplum geneline göre oldukça yüksek orandadır. Sigara içen din adamlarının büyük bir bölümü Müftülükçe düzenlenebilecek bırakma kampanyasına katılabileceklerini ifade etmişlerdir. Tüm bu bulgular, sigara konusunda din adamlarına yönelik eğitim ve bıraktırma çalışmalarının hem din adamları için hem de bunların toplumu etkileyebilme potansiyelleri nedeniyle toplum için önemli yararlar sağlayabileceğini göstermektedir.

Tablo 1 - Elazığ İlinde Görev Yapan Hekimlerin Demografik Özellikleri, Eğitim Durumu ve Yaş Gruplarına Göre Sigara İçme Durumları

YAŞ GRUPLARI	EĞİTİM	İ. MERKEZİ			E.Ç. YERLİKÖYLÜLER			TOPLAM					
		Kayıp	Barakaj	İçmenis	Toplam	İçmenis	Barakaj	İçmenis	Toplam	İçmenis	Barakaj	İçmenis	Toplam
10 Yaş	İlçe ve altı eğitim	23 (56.1)	7 (17.1)	11 (26.3)	41	76 (51.0)	25 (16.3)	50 (22.7)	153	101 (37.1)	32 (16.5)	61 (21.4)	194
	Üniversite + Yüksek Lisans + Doktora	4 (80.0)	1 (20.0)	0	5	6 (40.0)	5 (31.3)	4	15	10 (30.0)	6 (30.0)	3 (20.0)	20
	Toplam	27 (58.7)	8 (17.1)	11 (23.9)	46	82 (30.0)	30 (17.9)	54 (23.1)	168	111 (51.9)	38 (17.3)	65 (20.6)	214
	İlçe ve altı eğitim	48 (37.4)	23 (17.1)	59 (45.7)	129	51 (12.1)	19 (13.7)	51 (42.1)	121	99 (29.6)	41 (16.3)	110 (34.9)	258
30-39 Yaş	Üniversite + Yüksek Lisans + Doktora	8 (38.1)	7 (32.3)	6 (28.6)	21	6 (23.1)	5 (20.9)	12 (16.2)	26	14 (29.8)	15 (31.9)	38 (48.3)	47
	Toplam	56 (37.3)	29 (19.3)	65 (43.3)	130	77 (38.8)	27 (18.0)	63 (47.9)	137	113 (38.1)	56 (18.9)	128 (43.1)	297
	İlçe ve altı eğitim	77 (35.1)	20 (26.4)	30 (39.6)	77	26 (42.6)	7 (14.2)	20 (32.6)	47	47 (37.9)	27 (21.8)	50 (80.3)	124
	Üniversite + Yüksek Lisans + Doktora	2 (9.1)	6 (27.3)	14 (33.6)	22	7 (100)	0	0	2	4 (16.7)	6 (25.0)	14 (38.3)	24
40-49 Yaş	Toplam	29 (22.3)	26 (26.3)	46 (44.4)	99	22 (44.9)	7 (14.3)	26 (40.8)	49	51 (31.2)	33 (22.3)	64 (49.2)	148
	İlçe ve altı eğitim	8 (42.1)	3 (15.9)	8 (42.1)	19	3 (16.7)	10 (55.6)	5 (27.8)	18	11 (27.9)	13 (35.1)	15 (35.1)	37
	Üniversite + Yüksek Lisans + Doktora	1 (50.0)	0	1 (50.0)	2	0	1 (100)	0	1	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	3
	Toplam	9 (42.9)	3 (14.3)	9 (42.8)	21	3 (15.3)	11 (57.9)	5 (26.3)	19	12 (30)	14 (35)	14 (35)	40
Toplam	İlçe ve altı eğitim	166 (39.3)	52 (19.5)	108 (40.6)	366	152 (44.8)	61 (18.0)	126 (37.2)	539	258 (22.6)	113 (18.7)	234 (38.7)	605
	Üniversite + Yüksek Lisans + Doktora	15 (36.0)	14 (38.0)	21 (42.0)	50	14 (31.8)	14 (31.8)	16 (16.4)	44	29 (30.9)	28 (29.8)	37 (19.6)	94
	Toplam	121 (38.3)	66 (20.9)	129 (40.8)	316	166 (43.3)	75 (16.9)	142 (17.1)	383	287 (41.1)	141 (20.2)	271 (38.7)	699
	Diğer Dönem Personeli	15 (60.0)	6 (24.0)	4 (16.0)	25	10 (71.4)	3 (21.4)	1 (7.1)	14	25 (64.1)	9 (23.1)	5 (12.8)	39
GENEL TOPLAM		136 (39.9)	72 (21.1)	133 (39.0)	341	176 (44.3)	78 (19.7)	143 (36.0)	397	312 (52.3)	150 (20.3)	276 (37.4)	738

Not: Parametreler içindeki sayılar; H.Merkezi, İlçe ve köyler ve toplam bölümlerinin ayrı ayrı sayı verileridir.

Tablo 2- Elazığ İli Diyanet Çalışanlarından Sigara İçenlerin Günde İhtikleri Sigara Miktarına Göre Dağılımları

	Din Görevlisi		Diğer Personel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<= 5 Sigara	44	15.7	2	8.0	46	15.1
6-10 Sigara	95	33.9	6	24.0	101	33.1
11-19 Sigara	44	15.7	3	12.0	47	15.4
20 + Sigara	97	34.6	14	56.0	111	36.4
Toplam	280	100.0	25	100.0	305	100.0

< 20 sigara içenler birleştirildiğinde; $X^2=4.522$, S.d.=1, $p=0.0335$

Tablo 3- Elazığ İli Diyanet Çalışanlarından Sigara İçenlerin Sigaraya Başlama Yaşlarına Göre Dağılımları

	Din Adanı		Diğer Diyanet Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<15 Yaş	50	20.3	2	8.7	52	19.3
15-19 Yaş	68	27.6	10	43.5	78	29.0
20-24 Yaş	86	35.4	9	39.1	95	35.3
25-29 Yaş	27	11.0	1	4.3	28	10.4
30 +Yaş	15	6.1	1	4.3	16	5.9
Toplam	246	91.4	23	8.6	269	100.0

Tablo 4 - Elazığ İli Diyanet Çalışanlarından Sigara İçenlerin Sigarayı Bırakma Kategorilerine Göre Dağılımları

	Din Adamları		Diğer Diyanet Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bırakmayı Düşünmeyenler	89	31.9	8	32.0	97	31.9
Bırakmayı Düşünenler	107	38.4	11	44.0	118	38.8
Bırakma Hazırlığı İçinde Olanlar	83	29.7	6	24.0	89	29.3
Toplam	279	91.8	25	8.2	304	100.0

$X^2=0.448$, S.d.=2, $p=0.7994$

KAYNAKLAR

- 1-Nakajima H. Message from the Director-General of the World Health Organization for World No-Tobacco Day 1997. WHO Tobacco Alert. Number 4, 1996-Internet Edition-Advisory Kit.
- 2-US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHSS Publication No (CDC) 90-8416, 1990.
- 3-Prochaska J.O., Goldstein M.G., Process of Smoking Cessation; Implications for physicians. Clinics in Chest Medicine 1991; 12: 727-736. (Bırakma süreci)
- 4-Prochaska J.O., Diclemente C.C. Stages and process of self change of smoking: Toward an integrated model of change. J. Consult Clin. Psychol. 1983; 51; 390-395.
- 5-Fagerström K.O., Heatherton T.F., Kozlowski L.T. Nicotine addiction and its assesment. Ear, Nose Throat J.1992; 69; 763767.
- 6-Armitage P. Statistical Methods in Medical Research, Blackwell Scientific Publications 1980, p:370-373.
- 7-PIAR. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması. İstanbul 1988.
- 8-BİGTAŞ. Türkiye'de Sigara Kullanım Araştırması. Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi.1994; 1:35.
- 9-Ergüder T., Sezer R.E. Elazığ il Merkezinde Yaşayan 18 ve İzeri Yaş Kişilerde Sigara Kullanım Prevalansı. Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, Kongre Özet Kitabı. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi, 7-8 Kasım 1997, İstanbul.
- 10-Onaran D. Elazığ'daki Hekim ve Diş Hekimlerinin Sigara İçme Durumu 1993. Doktora Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Elazığ, 1996.
- 11-Sezer R.E., Açık Y. Smoking and smoking cessation in Baskil Township of Elazığ Turkey 1993. The International Congress on Smoking Cessation, Glasgow 5-8 March 1994.
- 12-Açık Y., Sezer R.E., Bostancı M, Bilgin N, Ergüder T, Polat A, Dinç E. Elazığ'daki Şehirlerarası Otobüs Firmalarıyla Yolculuk Yapan Kişilerin Sigara İçme Durumları ve Şehirlerarası Otobüslerde Sigara İçiminin Yasaklanması Konusundaki Görüşleri. Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1996; 3 (1-2); 17-21.
- 13-Sezer R.E., Açık Y., Oğuzöncül F., Dinç E., Güngör Y. Elazığ İl Merkezinde Bulunan Bazı Bankalarda Sigara Kullanım Durumu Ve Karbonmonoksit Düzeyleri. I. Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 8-12 Aralık 1997, Ankara.
- 14-Horasan E. Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu Ve Sigarayı Bırakma Sürecine İlişkin Bazı Özellikler Menderes-İzmir, 1994. Sağlık İçin Sigara Alarmı 1994; 1 (2); 52-59.
- 15-Bilir N., Doğan B.G., Yıldız A.N. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar (Ankara-Türkiye). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Proje No: 94-0200/02882, Ankara 1997.
- 16-CDC. Cigarette smoking among adults-United States, 1995. Morbidity and Mortality Weekly Report. December 26, 1997; 46: 51:1217-1220.
- 17-World Health Organization. Smoking drinking and drug taking in the European Region. WHO Regional office for Europe, Copenhagen, Denmark 1997.
- 18-Saeed A.A.W., Khojen T.A., Khan S.B. Smoking behavior and attitudes among adult Saudi Nationals in Riyadh City, Saudi Arabia. Tobacco Control 1996; 5: 215-219.
- 19-US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking, Nicotine Addiction.: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control. Center for Health Promotion and Education Office on smoking and Health Rockville Maryland 20857, 1988.
- 20-Dedeoğlu N., Dönmez L., Aktekin M. Antalya'da Sağlık Personelinde Tütün Kullanımı. Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1994; 1; 7-11.

- 21-Fagerström K.O., Kunze M., Schoberberger R., Breslau N., Hughes J.R., Hurt R.D., Puskas P., Ramström L., Zatonski W. Nicotine dependence versus smoking prevalences comparisons among countries and categories of smokers.
- 22-Kunze M., Schoberberger R. Nikotinabhängigkeit der Österreichischen Bevölkerung. Vienna:Institut der Sozialmedizin. Universität Wien. 1994.
- 23-The Danish Office on Tobacco and Health, the Danish Heart Foundation and the Danish Cancer Society. Gallup Survey for the Danish Council on Smoking and health, Copenhagen, 1995.
- 24-Puska P., Helakorpi S., Berg A.M., Uuteja A. Health Behavior Among Finnish Adult Population. Spring 1994. Helsinki: National Public Health Institute. 1994.
- 25-Kaplan R.M., Pierce J.P., Gilpin E.A., Johnson M., Bal D.G. Stages of smoking cessation: 1990 California Tobacco Survey. Tobacco Control 1993; 2: 139-144.
- 26-Owen N., Wakefield M., Roberts L., Esterman A. Stages of Readiness to Quit Smoking: Population Prevalence and Correlates. Health Psychol. 1992; 11: 413-417.

**ANKARA'DA DÖRT ÜNİVERSİTENİN İŞLETME FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SİGARA ve ALKOL ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. H. Tamer PEHLİVAN *, Dr. A. Tülay BAĞCI**, Dr. Fikri Ali TÜRKAY*, Prof. Dr. Sabahat TEZCAN**

*Pasteur Merieux Connaught Medikal Department

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma Ankara'da bulunan dört Üniversitenin İşletme Fakültelerinin 1 ve 4. sınıflarında okuyan 579 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı Üniversite öğrencileri arasında sigara ve alkol kullanma alışkanlığını saptamaktır. Öğrencilerin %29.1, 18-19, %22, 6'sı 20-21 yaş grubundadır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %49.2'si kız ve %50.8'i ise erkek öğrencidir. Öğrenciler sigara içme davranışları yönünden incelendiğinde; öğrencilerin %30.8'inin sigara içtiği, %69.2'si ise sigara içmediği saptanmıştır. Üniversiteler arasında öğrencilerin sigara içme durumu istatistikî yönden farklı değildir (ki-kare:1.16 p>0.05). Kız öğrencilerin %31'i, erkek öğrencilerin %69'u sigara içmektedir. Sigara içmenin cinsiyetler arasında fark ettiği ve erkek öğrencilerin daha fazla sigara içtiği bununda istatistikî yönden anlamlı olduğu saptanmıştır (ki-kare:10.9 p<0.05). Öğrencilerin %67.2'sinin alkollü içki kullanımları ve Üniversitede geçen süre uzadıkça alkollü içki kullanma sıklığının arttığı bulunmuştur.

SUMMARY

**THE EVALUATION OF TOBACCO AND ALCOHOL HABITS OF
UNIVERSITY STUDENTS IN ANKARA**

Dr. H. Tamer PEHLİVAN*, Dr. A. Tülay BAĞCI**, Dr. Fikri Ali TÜRKAY*, Dr. Sabahat TEZCAN**

*Pasteur Merieux Connaught Medical Department

**Hacettepe University Medical Faculty Department of Public Health

This study was conducted at the first and fourth classes of Administrative Sciences schools in ANKARA. The objective of the study was to define the tobacco and alcohol habits among the university students. %29.1 of students were at 18-19 and %22.6 were at 20-21 age groups. The sexes of students; %49.2 were female and %50.8 were male. When the smoking attitudes of students were examined, %30.8 were smoking and %69.2 were unsmoking. There was not any significant differences between universities (chi-square:10.9 p>0.05). %31 of female students and %69 of male students were smoking. There was significantly difference about smoking attitudes between male and female students (chi-square:10.9 p>0.05). %67.2 of students use alcohol and the frequency of alcohol use increase when the time spent in university were increased.

Giriş ve Amaç: Sigara toplumda en yaygın olan kötü alışkanlıkların başında gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde tütün tüketimi 1920-1969 yılları arasında artış göstermiş ve daha sonra azalma eğilimine girmiştir. Gelişmiş Ülkelerde sigara içme sıklığı erkek nüfusta %30-50, kadınlarda %20-40 arasında değişmektedir. gelişmekte olan Ülkelerde ise erkekler arasında sigara içenlerin oranı yaklaşık aynı iken, kadınlarda bu oran %2-10 arasında değişmektedir. Sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde düşüş eğilimine girerken, gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün 1985 yılında yayınladığı bir rapora göre sigara üreticileri gelişmiş ülkelerde yasal nedenlerle satamadıkları yüksek katranlı ve nikotinli sigaraları geliştirmekte olan ülkelerin pazarlarına sürmektedirler.

Türkiye, kişi başına sigara tüketimi yönünden, Avrupa ülkeleri arasında Yunanistandan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki genel eğilimin tersine, Türkiye'de sigara içme çok yaygın bir alışkanlıktır. Sigara içme sıklığının göreceli daha düşük olduğu çocuklar, gençler ve kadınlar bu alışkanlığa karşı korunması gereken başlıca risk gruplarını oluşturmaktadır. Son yıllarda sigara dumanının yalnızca sigara içen bireyi değil, aynı zamanda o ortamı paylaşan başka insanları da benzer biçimde etkilediği kesin verilerle kanıtlanmıştır. Pasif içicilik denilen bu durumun, sigara ve alkol alışkanlığını izleyen üçüncü önlenilebilir ölüm nedeni olduğu ortaya konmuştur. Bu nedenle özellikle son yıllarda pasif içicilerin korunmasına yönelik çeşitli önlemler gündeme gelmiş, gelişmiş ülkelerde ve 1996 yılında da ülkemizde bu konuda önemli adımlar atılmıştır. Bu çalışma çok yaygın olan sigara ve alkol kullanma alışkanlığının Üniversite öğrencileri arasındaki sıklığını saptamak ve Üniversitede 1 ve 4. sınıflar arasındaki değişimi test etmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma; Ankara, Hacettepe, ODTÜ ve Bilkent Üniversitelerinin İşletme Fakültelerinin 1 ve 4. sınıf öğrencilerinin sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada örneklem yöntemi kullanılmamış, öğrencilerin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak %82, 7'sine ulaşılabilmektedir. Çalışma Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Elde edilen verileri değerlendirmek için ki-kare analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin okudukları Üniversite ve cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur. Öğrencilerin %29.1'i 18-19, %43.8'i ise 22-23 yaş grubundadır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Üniversite, Sınıf ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Üniversite ve Sınıf	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ankara Üni.						
1.Sınıf	40	51.3	38	48.7	78	100.0
4.Sınıf	32	45.7	38	54.3	70	100.0
Hacettepe Üni.						
1.Sınıf	35	41.2	50	58.8	85	100.0
4.Sınıf	32	44.4	40	55.6	72	100.0
ODTÜ						
1.Sınıf	38	55.9	30	44.1	68	100.0
4.Sınıf	32	41.0	46	59.0	78	100.0
Bilkent						
1.Sınıf	37	55.2	30	44.8	67	100.0
4.Sınıf	39	63.9	22	36.1	61	100.0
Toplam	285	49.2	294	50.8	579	100.0

Araştırmaya katılan öğrencilerin %51.5'i birinci sınıfta, %48.5'i 4. sınıfta okumaktadır ve öğrencilerin %49.2'si kadın, %50.8'i ise erkektir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Üniversite, Sınıf ve Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Üniversite ve Sınıf	Sigara İçme Durumu				Toplam		Önemlilik
	İçen		İçmeyen		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Ankara Üniv.							
1.Sınıf	20	26.0	57	74.0	78	100.0	P > 0.05
4.Sınıf	23	32.9	47	67.1	70	100.0	
Hacettepe Üniv.							
1.Sınıf	20	24.1	63	75.9	83	100.0	P > 0.05
4.Sınıf	25	34.7	47	65.3	72	100.0	
ODTÜ							
1.Sınıf	19	28.4	48	71.6	68	100.0	P > 0.05
4.Sınıf	26	33.3	52	66.7	78	100.0	
Bilkent							
1.Sınıf	17	25.4	50	74.6	67	100.0	P < 0.05
4.Sınıf	27	44.3	34	55.7	61	100.0	
Toplam	177	30.8	398	69.2	575	100.0	

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sigara İçme Durumları

Cinsiyet	Sigara İçme Durumu				Toplam	
	İçen		İçmeyen		Sayı	100.0
	Sayı	%	Sayı	%		
Kadın	105	37.5	175	32.5	280	100.0
Erkek	73	24.7	222	75.3	295	100.0
Toplam	177	30.8	398	69.2	575	100.0

Araştırmaya katılan ve sigara içen öğrencilerin %72'sinin üniversiteye başladıktan sonra sigaraya başladıkları %28'inin ise üniversite yaşamlarından önce sigaraya başladıkları saptanmıştır. Araştırma yapılan Üniversitelerde sigara içen öğrencilerin %67.3'ü günde yarım paketten az sigara içmektedir. Üniversiteler arasında içilen sigara miktarı yönünden anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (ki-kare:10.09 p<0.05). İstatistikî yönden anlamlı olan bu farkın Orta Doğu Teknik Üniversitesinden kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Üniversite ve Sınıflara Göre Alkollü İçki Kullanma Durumları

Üniversite ve Sınıf	Sigara İçme Durumu				Toplam		Önemlilik
	İçen		İçmeyen		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Ankara Üni.							
1.Sınıf	43	55.1	35	44.9	78	100.0	P < 0.05
4.Sınıf	50	71.4	20	28.6	70	100.0	
Hacettepe Üniv.							
1.Sınıf	51	60.0	34	40.0	85	100.0	P < 0.05
4.Sınıf	57	79.2	15	20.8	72	100.0	
ODTÜ							
1.Sınıf	35	51.5	33	48.5	68	100.0	P < 0.05
4.Sınıf	66	79.6	12	15.4	78	100.0	
Bilkent							
1.Sınıf	34	50.7	33	49.3	67	100.0	P < 0.05
4.Sınıf	53	86.9	8	13.1	61	100.0	
Toplam	389	67.2	190	32.8	579	100.0	

Araştırmaya katılan öğrencilerin %67.2'sinin alkollü içki kullandıkları saptanmıştır. Üniversiteler arasında alkollü içki kullanma durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Alkol kullanma yönünden her Üniversitenin 1 ve 4. sınıf öğrencileri arasındaki fark anlamlı olup, 4. sınıfların 1. sınıflara göre daha fazla alkollü içki kullandıkları bulunmuştur. Araştırma yapılan Üniversite öğrencilerinin cinsiyetlerine göre alkollü içki kullanma durumları arasında istatistikî yönden anlamlı bir fark yoktur. Öğrencilerin %0.5'i her gün alkollü içki kullanmaktadır ki bu bulgu sevindirici bir sonuçtur. Üniversitelerin tüm sınıflarında alkollü içkileri ayda 1-2 kez kullananlar %62.0'olarak bulunmuştur. Üniversiteler arasında alkollü içkileri kullanma sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tartışma ve Sonuç: Araştırmaya katılan öğrencilerin %51.5'i 1. sınıfta, %48.5'i 4. sınıfta okumaktadır. Tüm öğrencilerin %48.2'si kadın, %50.8'i ise erkektir. Yaş gruplarına bakıldığında ise çoğunluğun 18-19 ve 22-23 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %74'ü Üniversite yaşamına başlamadan önce Ankara, İstanbul ve İzmir'de yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Üniversitelerin 1. ve 4. sınıflarında sigara içenler çoğunluktadır. Tüm öğrencilerin %30.8'i sigara içerken, %69.2'si sigara içmemektedir. Üniversiteler arasında sigara içme alışkanlığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Üniversitelerin 1. ve 4. sınıflarında sigara içme yönünden anlamlı fark ise Bilkent Üniversitesinde saptanmıştır. Sigara içme alışkanlığı cinsiyetler açısından incelendiğinde sigara içme oranının kadınlarda %37.5, erkeklerde %24.7 olduğu bulunmuştur.

Son yıllarda Ülkemizde kadınlarda ve gençlerde sigara içme alışkanlığının arttığı gösteren araştırmalar mevcuttur. Sigara içenlerin sigara içtikleri süre incelendiğinde 1. sınıfların %60.0'ı, 4. sınıfların ise %33.3'ünün sigara içmeye Üniversiteye başlamadan önce başladığı dikkati çekmektedir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İntern doktorları tarafından yapılan bir çalışmada da sigara içenlerin %81'inin sigara içmeye 20 yaş ve altında başladığı bulunmuştur. Sigara içenlerin %67.3'ü günde 10 adet sigaradan az sigara içmektedir. Öğrenciler arasında günde 20 adetten fazla sigara içen bulunmamaktadır. Bu sonuçlar toplumda sigara içimini azaltmak için yapılacak eğitim ve çalışmalarda özellikle 20 yaş ve altındaki yaş gruplarının hedeflenmesi, ilk öğretimde sigara alışkanlığının zararları konusunda eğitim verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %67.2'sinin alkollü içki kullandığı saptanmıştır. Üniversiteler arasında alkollü içki kullanma yönünden anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak tüm Üniversitelerin 1. ve 4. sınıfları karşılaştırılmış ve 4. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre daha fazla alkollü içki kullandığı saptanmıştır. Alkollü içki kullanımı cinsiyetlere göre incelendiğinde erkeklerin %70.2'sinin, kadınların %64.1'inin alkollü içki kullandığı saptanmıştır. Ancak öğrencilerin cinsiyetlerine göre alkollü içki kullanma durumundaki farklılık istatistikî yönden anlamlı değildir. Sigaraya başlamanın büyük aranda Üniversite yaşamından önce gerçekleşti için aile içi ve öğrenimin başladığı yıllarda sigara ile ilgili eğitim verilmesi gerekmektedir. Üniversite yaşamında ise yanlış alışkanlıkların kazandırılmaması için azami özenin gösterilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smoking Control Strategies in Developing Countries. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 695, WHO Geneva, 1983.
2. Bilir N., Doğan B., Yıldız N., Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar (Ankara-Türkiye), Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı-International Development research Centre, Ankara 1997.
3. Tuomiletho J., Zimmet P., Taylor R., Bennet P., Wlof E., Kankaanpaa J., Smoking Rates in Pacific Islanda. Bulletin of the WHO, 64 (3): 447-456 1986.
4. PİAR Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması, Ocak, 1988.
5. Güvendi A., et al: Saray Köyünde 12 yaş Üstü Grubun Sigara İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Üzerine Bir Çalışma. Saray, 1992.

**SİLİVRİ İLÇE MERKEZİ ve SİLİVRİ FENERKÖYÜ YAŞLILARININ
SOSYO-MEDİKAL SORUNLARINA GENEL BİR BAKIŞ**

Uz. Dr. Suphi VEHİD*, Yrd. Doç. Dr. Selçuk KÖKSAL*, Dr. Ethem ERGİNÖZ*, Dr. Levent ALTINTAŞ**, Uz. Dr. Halil ÖZDEMİR***,
Vet. Necati TOPRAK*, Prof. Dr. Hilmi ERGİNÖZ*, Prof. Dr. Turan AKINCI***.

*İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
**Silivri Fenerköy Sağlık Ocağı Tabibi
***İÜ Toplum Hekimliği Merkezi.

ÖZET

Amaç: Silivri ilçesinin merkezinde ve bu ilçeye bağlı Fenerköy'de yaşamakta olan 65 ve üzeri yaştaki yaşlıların bazı sosyo-medikal sorunlarının ortaya konulması amacı ile çalışmamız planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız Kasım 1996 ile Şubat 1997 tarihleri arasında yüz yüze anket tekniği ile yapılmıştır. Fenerköy'de yaşayan yaşlıların tümü ve Silivri Merkez'de yaşayan yaşlılardan mahalle bazında küme ve nüfus ağırlığına göre rastgele örnekleme ile üç kişiden biri seçilerek örnek grubu oluşturmak istenmiştir. Belirlenen bireylere, bölgede eğitim görmekte olan İntörn doktorlar ve bölgede görevli ebe-hemşireler aracılığı ile hazırlanmış olduğumuz anket formu ev ev gezilerek uygulanmıştır.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, sıklık dağılımları için χ^2 testi, ortalama karşılaştırmaları için student-t testi kullanılmış, merkezi dağılım ölçüsü olarak mod kullanılmıştır.

Bulgular: Fenerköy'de yaşlıların oranı %10.5, Silivri Merkez'dekilerin ise %5'dir. İki bölge arasında sosyo-ekonomik farklılığın başlıca neden olduğu bazı sosyo-medikal farklılıklar bulunmaktadır.

Sonuç: Geriatrik hastalarla ilgilenen servislerin gerekliliği yanında sağlıklı yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin artırılması gerekmektedir.

SUMMARY

Introduction: The aim of this study was to determine the socio-medical problems of the elderly living in Fenerköy and Central Silivri districts.

Material-Methods: The study has been done using face to face polling between November 1996 and February 1997. We tried to establish the group for the research of all the elderly from Fenerköy, and randomise at three to one from Silivri Central.

Findings: 10.5% of the population of Fenerköy and 5% of the population of Silivri Central were found to be 65 years and over. There were differences of socio-medical problems between the two settlement areas according to their socio-economic situation.

Results: Apart from the necessity for Geriatric services for elderly patients, there is also a great need for social services to take care of the healthy elderly.

Giriş: Günümüzde sağlık hizmetlerinin gelişmesine paralel olarak tanı ve tedavi olanaklarının artması beraberinde yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının artmasına neden olmaktadır (12). Diğer taraftan özellikle gelişmiş ülkelerde gözlenen düşük doğum ve ölüm hızları yaşlı nüfusu göreceli olarak artıran ikinci bir etkidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1987 yılında toplanan yaşlıların sağlığı ile ilgili komitesi 2000 yılında dünyadaki yaşlı sayısının 600 milyonu aşacağını belirtmiştir. Bu sayıdaki en büyük payın Asya ülkelerine özellikle Çin ve Hindistan'a ait olacağı hatta 2020 yılında bu iki ülkede toplam yaşlı sayısının 270 milyonu aşması beklendiği belirtilmektedir (1).

Ülkemizde yaşlı olarak kabul edilen 65 ve üzeri yaştakilerin sayısı 1990 yılı rakamlarına göre 2.417.363 olup genel nüfusun %4.3'ünü oluşturmaktadır. 1985 yılı nüfus sayımında bu oran %4.2'den daha düşüktü. Nüfus projeksiyonuna göre bu oranın 2025 yılında %9.3'e ulaşması beklenmektedir (16, 17).

Toplumlarda sürekli olarak değişen sosyo-ekonomik özellikler artan sayıları ile yaşlılar için bir çok probleme yol açmaktadır (17). Bu problemler sosyo-medikal problemler olmakla beraber sosyal problemler medikal problemlerden daha fazladır. Disraeli'nin "gençler yanılır, orta yaşlılar mücadele eder, yaşlılar ise sadece üzüntü duyar" şeklindeki sözleri hayretle karşılanmasına rağmen ileriki yıllarda yapılan çalışmalarda yaşlıların özellikle kişisel durumlarının değişmesinden dolayı büyük üzüntü yaşadıkları ortaya çıkmış, ve Disraeli'nin bu sözlerinin doğruluğunu göstermiştir (10).

Gerek sosyal gerek medikal sorunlar yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklerle oranla daha sık görülmektedir. Erkeklerin genellikle kendilerinden daha genç hanımlarla evlenmeleri bu farklılığın başlıca nedenidir (3, 4). İleri yaşlardaki kadınların bir çoğu eşlerinin ölmesi nedeni ile dul kalmakta, sorunlar bunların çözümü ile başbaşa kalmaktadır. Yalnız yaşama veya çocukları ile birlikte yaşama zorunluluğu yaşlılarda sorunları daha büyük boyutlara ulaştırmaktadır. Bu nedenle yaşlıların ve özellikle yalnız yaşayan yaşlıların yaşadıkları medikal ve sosyal problemleri ortaya koymak ve bu problemlerle ilgilenecek çözümler üretmek gerekmektedir.

Ülkemiz açısından durum incelenecek olursa, gerek Osmanlı İmparatorluğu döneminde, gerek Cumhuriyet döneminde yaşlıların hizmetine yönelik yasaların var olduğu görülmektedir (1, 24). Çeşitli özel ve tüzel kuruluşlarca yaşlılara hizmet verilmektedir, ancak bu kuruluşlarca verilen hizmetler sağlıklı yaşlılardan çok sağlığı çeşitli nedenlerle bozulmuş olan yaşlılara yöneliktir. Ayrıca söz konusu kuruluşların hizmet kapasitelerinde sayıca yeterli bulunmamaktadır. Geçmişte izlenen pronatalist politika nedeni ile ülkemizdeki genç sayısı yaşlı sayısına göre fazladır (5). Bu nedenle gelecekte artan sayıları ile sağlığı yerinde ve sağlığı bozulmuş olan yaşlıların sorunlarına şimdiki çözümler üretmek gerekmektedir. 2005 ve 2050 yılları için yapılmış olan nüfus projeksiyonları konunun önemi ve gelecekte yaşanabilecek sıkıntıları açıkça göstermektedir (15). Ülkemizde çeşitli nedenlerden dolayı 65 yaşını aşmış yaşlılar arasında halen çalışanların sayısı hakkında kesin veriler olmamakla beraber ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde oldukça sık karşılaşılan bir durumdur (18).

Eğitim ve Araştırma bölgemiz olan Silivri ilçesinin merkezinde ve Silivri ilçesinin Fenerköy'ünde yaşamakta olan 65 ve üzeri yaşta bulunanların bazı sosyo-medikal sorunlarının ortaya konulması, sosyo-ekonomik durumları farklı iki bölge arasındaki farklılıkları ve diğer illerde yapılmış olan benzer çalışmalara göre bölgenin farklılık veya benzerliklerini ortaya koymak amacı ile çalışmamız planlanmıştır. gereç ve yöntem bölümünde belirtildiği şekilde yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız Kasım 1996 ile Şubat 1997 tarihleri arasında Eğitim ve Araştırma bölgemiz olan Silivri ilçesinin merkezinde ve bu ilçeye bağlı Fenerköy'de yüz yüze anket tekniği ile Fenerköy sağlık ocağı ile Silivri Merkez 1 ve 2 no'lu sağlık ocağı kayıtları esas alınarak yapılmıştır (6, 14).

Silivri ilçesi İstanbul ilinin 60 km batısında yer almakta olup Marmara Denizine kıyısı olan bir yerleşim yerimizdir. Fenerköy ise Silivri ilçe merkezinin kuzey batısında ve yaklaşık 8 km mesafede eski bir yerleşim birimidir (6).

Fenerköy sağlık ocağı kayıtlarına göre 1906 nüfusa sahip köyde başlıca geçim kaynağı çiftçiliktir.65 ve daha yukarı yaşta bulunanların sayısı 201 (%10.5) olup, bunun 105'ini erkekler ve 96'sını kadınlar oluşturmaktadır (6).

Silivri 1 ve 2 no'lu sağlık ocağı kayıtlarına göre toplam 34340 nüfusa sahip ilçe merkezinde 65 ve üzeri yaşta bulunanların sayısı 1747 (%5) olup, erkekler 1015, kadınlar ise 732 kişidir (14).

Çalışma grubu olarak Fenerköy yaşlılarının tümünün çalışmaya alınması hedeflenmiş ancak çalışmanın yapıldığı tarihlerde çeşitli nedenlerle Fenerköy dışında bulunanlarla görüşilememiştir. Silivri merkezindeki yaşlılarda ise sayının yüksek olması nedeni ile mahalle bazında küme ve nüfus ağırlığına göre tabakalandırma yöntemleri kullanılmış ve her kümede örnekler rastgele örnekleme yöntemi ile evren içinden 3 kişiden biri seçilerek belirlenmiştir. Belirlenen bireylere, bölgede eğitim görmekte olan intern doktorlar ve bölgede görevli ebe-hemşireler aracılığı ile demografik özellikleri, sağlıkla ilgili şikayetleri, kronik hastalıkları ve yaşa bağlı sorunları içeren anket formu ev ziyaretleri yapılarak uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına giren yaşı 65 ve üzerinde olan toplam 670 yaşlının 525 tanesi Silivri Merkez'de, 145 tanesi ise Fenerköy'de yaşamaktadır. Bunların cinsiyet dağılımları tablo I'de verilmekte olup, iki grup arasında cinsiyete göre anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır ($\chi^2:0.01$, $p:0.90$, $sd:1$).

Yaşlıların bölgelere göre yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde iki bölge arasında anlamlı fark olmadığı anlaşılmaktadır (Silivri Merkez'de yaşayanların yaş ortalaması 70.03±5.51, Fenerköy'de yaşayanların yaş ortalaması 71.03±6.30, $t=1.87$, $p>0.05$).

Yaşlıların çocuk sayısı modu Silivri Merkez'de 3, Fenerköy'de 5'tir. Torun sayısı modu ise Silivri Merkez'de 4, Fenerköy'de 6'dır. Fenerköy'de kadınların %60.53'ü evli, %2.63'ü bekar, %36.84'ü duldur, erkeklerin ise %86.96'sı evli, %4.34'ü bekar, %8.70'ü duldur. Silivri Merkez'de ise kadınların %46.76'sı evli, %3.96'sı bekar, %49.28'i duldur, erkeklerin ise %81.38'i evli, %2.43'ü bekar ve %16.9'u duldur.

Öğrenim düzeyine göre yaşlılar incelendiğinde tablo II'de verilmekte olan sonuçlar elde edilmektedir. Bölgeler arasında okur yazar olup olmama açısından istatistiksel olarak anlamlı dağılım farklılığı bulunmaktadır ($\chi^2:19.27$, $p:0.0001$, $sd:1$).

Yaşlıları herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmadıkları yönünden incelediğimizde (tablo III), Silivri Merkez'de yaşayanların %46.10 oranında, Fenerköy'de ise %31.03 oranında sosyal güvenceye sahip oldukları anlaşılmaktadır. Sosyal güvenceye sahip olma durumu istatistiksel olarak incelendiğinde bölgelere göre anlamlı dağılım farkı bulunduğu saptanmaktadır ($\chi^2:10.52$, $p:0.0011$, $sd:1$).

Evin konforuna ait bazı özellikler tablo IV'de verilmektedir. Buna göre su dışında kalan bazı özelliklerin Silivri Merkez ile Fenerköy arasındaki dağılımında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır.

Yine evin konfor özelliklerinden olan tuvaletin evin içerisinde ve dışarısında olma durumu göre iki bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır. Silivri Merkez'de yaşayanlardan 1 kişide tuvalet ev dışında bulunurken, Fenerköy'de bu sayı 42'dir ($\chi^2:156.63$, $p<0.001$, $sd:1$). Modern yaşamın gereklerinden olan banyo Silivri Merkez'de yaşayanların 5'inde ev dışında bulunurken, Fenerköy'de yaşayanlarda bu sayı 32'dir. İki grup arasında banyonun ev dışında bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı gözlenmektedir ($\chi^2:97.10$, $p<0.001$, $sd:1$). Evin ısınması her iki bölgede de incelendiğinde Silivri Merkez'de 4 kişiyi n kaloriferle, 433 kişinin odun-kömür sobası ile, 8 kişinin elektrik sobası ile ısındığı ortaya çıkmaktadır, buna karşılık fenerköy'de kalorifer sistemi ile ısınanların 4 kişi, odun-kömür sobası ile ısınanların 141 kişi olduğu, elektrik sobası ile ısınanların ise bulunmadığı anlaşılmaktadır. Her iki grup arasında evin ısınmasında kullanılan sistem açısından istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır ($\chi^2:19.98$, $p<0.001$, $sd:2$).

Günlük beslenme sayısı ile ilgili sorulara alınan yanıtların bölgelere göre dağılımı tablo V'de verilmektedir. Buna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı gözlenmektedir ($\chi^2:10.54$, $p=0.014$, $sd:3$). Bu farklılık öğünleri düzensiz olanlar ($\chi^2:4.44$, $p=0.03$, $sd:1$) ile kahvaltı +2 öğün yiyeceklerden ($\chi^2:7.39$, $p=0.006$, $sd:1$) kaynaklanmaktadır.

Yapılan çalışmada Silivri Merkez'de sigara içenlerin oranı %19.62 olarak saptanırken, bu oran Fenerköy'de %18.62 olarak bulunmuştur. Birakanların oranı ise Silivri Merkez'de %11.62, Fenerköy'de %7.59'dur. Sigara içme açısından yerleşim yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır ($\chi^2:2.18$, $p>0.33$, $sd:2$). Alkol alma açısından ise bölgelere göre yaşlılar arasında anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır. Silivri Merkez'de yaşayanların %6.86'sı alkol alırken, Fenerköy'de yaşayanların %4.14'ü alkol kullanmaktadır. Birakmış olanların Silivri Merkez'de %11.62, Fenerköy'de %2.76 olduğu verdikleri yanıtlardan anlaşılmaktadır ($\chi^2:12.34$, $p:0.002$, $sd:2$).

Uyku düzenlerini araştırdığımızda Silivri Merkez'de yaşayan yaşlıların %75.43'ü uykularının düzenli olduğunu belirtirken, Fenerköy yaşlılarında bu oran %28.97'dir.

Evde kiminle yaşıyorsunuz sorusuna yaşlıların verdikleri yanıtların dağılımı tablo VI'da sunulmaktadır. Buna göre yaşlılar arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır ($\chi^2:30.30$, $p<0.00001$, $sd:3$). Silivri Merkez'de çocukları ile birlikte oturanların ($\chi^2:28.03$, $p<0.0001$, $sd:1$). Fenerköy'de ise eşleri ile birlikte oturanların oransal olartak fazla olduğu ($\chi^2:21.47$, $p>0.00001$, $sd:1$) saptanmaktadır.

Günlerinizi nasıl geçiriyorsunuz şeklindeki bir soruya yaşlıların cinsiyete ve bölgelere göre verdikleri yanıtlar tablo VII'de sunulmaktadır. Buna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farklılığı bulunmaktadır ($\chi^2:157.68$, $p<0.0001$, $sd:4$). Kitap okuma açısından kadın ve erkekler arasında, günleri kahvede geçirme açısından erkekler arasında, günlerini çalışarak geçirme açısından kadınlar arasında, diğerleri açısından erkekler arasında anlamlı fark bulunmazken, günlerini evde geçirme açısından her iki cinsiyette de bölgeler arasında, çalışarak geçirme açısından bölgeler arasında erkeklerde, diğer şekilde geçirme açısından bölgeler arasında kadınlar anlamlı dağılım farkı gözlenmektedir.

Kendinizi yaşlınıza göre nasıl hissediyorsunuz şeklindeki bir soruya yaşlıların verdikleri yanıtların dağılımı tablo VIII'de sunulmaktadır. Bu yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde iki grup arasında anlamlı dağılım farklılığı gözlenmektedir. ($\chi^2:80.79$, $p<0.0001$, $sd:3$).

Yaşlıların son bir yıl içerisinde hekime muayene olup olmadıkları araştırıldığında, elde edilen sonuçlar tablo IX'da sunulmaktadır. Buna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farklılığı bulunmaktadır ($\chi^2:7.63$, $p:0.02$, $sd:2$).

Son bir yıl içerisinde hekime başvurduğunu belirtenler toplam 471 kişinin başvurduğu sağlık kurumuna göre dağılımı tablo X'da sunulmaktadır.

Yaşlıların bölgelere göre genellikle şikayet ettikleri hastalık semptomları dağılımı tablo XI'de verilmektedir.

Yaşlıların şikayetçi oldukları hastalıkların bölgelere göre dağılımı tablo XII'de verilmektedir. Her iki bölgenin toplamında en sık görülen hastalık hipertansiyon olarak saptanmıştır. Ancak bölgeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde Silivri Merkez'de hipertansiyon, Fenerköy'de ise romatizmal hastalıklar en sık görülmektedir.

Silivri Merkez'de yaşayan yaşlıların %7.43'ünde, Fenerköy'de yaşayan yaşlıların %37.24'ünde cinsel aktivitenin devam ettiği kendileri tarafından belirtilmektedir.

Tartışma: Yaşlılık ve sorunları dünyada olduğu gibi ülkemiz için de büyük önem kazanmıştır. Hatta şu anki demografik yapımız ve izlenen nüfus politikası ile gelecekte karşılaşılabilecek sorun oldukça büyük olacaktır. Bugün için demografik olarak gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olan ve 15 yaş altı nüfusumuzun oransal olarak fazlalığından kaynaklanan bağımlı nüfusun, 2050 yılına yapılan demografik projeksiyonda 65 yaş ve üzerindekiilerin artması ile daha da artması beklenmektedir (15).

Araştırma yaptığımız bölgelerden Silivri Merkez'de 65 ve daha yukarı yaştakilerin oranı %5 olup Türkiye geneline (%4.28) yakındır. Bu özelliği ile Silivri Merkez nüfusu erişkin nüfus örneğidir (20). Fenerköy'de ise bu oran %10.5 olup, Türkiye genelinden yüksektir. Bu özelliği ile Fenerköy nüfusu yaşlı toplum örneğidir (20). İki yerleşim yeri arasındaki demografik farklılık Silivri Merkez'inin sosyo-ekonomik açıdan Fenerköy'den daha iyi olması ve bu nedenle buraya genç nüfus göçü olması ile açıklanabilir. Bu durum ülkemizde yaşanan köyden kente göç sürecinin Fenerköy'de oldukça yüksek oranda yaşandığını düşündürmektedir (14). Ancak çalışmamızı oluşturan yaşlıların yaşadıkları yere ve cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı olmadığı gözlenmektedir (tablo I). Öğrenim düzeylerine göre çalışma grubumuzu incelediğimizde her iki bölgede okur-yazar olmayanların %39.4 oranında olduğu, bu oranın Silivri Merkez'de %35.05, Fenerköy'de ise %55.17 olduğu görülmektedir (tablo II). Okur-yazar olmayanların gerek her iki bölgede toplam, gerek her iki bölgede ayrı ayrı olarak Türkiye geneline (%13.9) göre çok yüksektir. Gelişmekte olan ülkelere (%45) göre Silivri Merkez'deki okur-yazarlığın daha iyi düzeyde, Fenerköy'de ise daha kötü düzeyde olduğunu söyleyebiliriz (18).

Sosyal güvenceye sahip olma durumu açısından Silivri Merkez'deki yaşlılarla Fenerköy'deki yaşlılar arasında büyük farklılık bulunmaktadır (tablo III). Bu farklılığın Fenerköy'ün tarımla uğraşan toplum olmasından ileri geldiği düşünülmektedir. Sosyal güvenceye sahip olanlar arasında Bağkur'luların Fenerköy'de fazlalığı bu düşüncüyü desteklemektedir. Ancak her iki bölgede gözlenen düşük sosyal güvenceye sahip olma durumu yaşlıların durumları açısından düşündürücüdür.

Yaşamın evin konforuna ait özellikler araştırıldığında su dışında kalan elektrik, telefon, televizyon, radyo, buzdolabı, çamaşır makinesi gibi özelliklerden, ayrıca tuvalet ve banyonun ev içerisinde bulunması açısından iki grup arasında Silivri Merkez'inin fazlalığı yönünde anlamlı dağılım farklılığı bulunmaktadır (tablo IV). Yine iki bölgede yaşayanlar arasında ısıtma sistemleri açısından anlamlı dağılım farklılığı vardır. Bu durum iki bölge arasındaki sosyo-ekonomik farklılıktan ileri geldiği düşünülmektedir.

Beslenme açısından iki grup kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır (tablo V). Bu fark kahvaltılı ile birlikte üç öğün yiyenlerin Fenerköy'de, düzensiz beslenenlerin Silivri Merkez'de fazlalığından ileri gelmekte olup, kentsel bölgede yaşamayan beslenme düzenini olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Yaşlılara yaşama yaşlıların karşı karşıya oldukları sosyo-medikal sorunları artıran bir faktör olarak yaşlıları etkilemektedir. Özellikle ev kazaları yaşlılar arasında sık görülmekte olup, yalnız yaşayan yaşlılar bu tür risklere daha sunuktur. Çalışma kapsamındaki yaşlılar arasında yalnız yaşama açısından anlamlı fark bulunmamaktadır. Zaten böyle bir fark sosyo-ekonomik farklılık yerine mecenı durumuyla ilgilidir. Nitekim yalnız yaşayanları medenı durumlarına ve cinsiyete göre incelediğimizde yalnız yaşayanların tamamının her iki bölgede de dul olduğunu, çoğunluğunun da kadın olduğunu (%67) görürüz. Bu çalışma esnasında araştırdığımız kaynaklarda yaşlılar arasında genel olarak kadınların fazla olduğunu, dul yaşlıların çoğunluğunun kadın olduğu belirtilmekte ve neden olarak genellikle kadınların erkeklerle göre daha genç yaşta evlenmeleri ve kadınlar için beklenen yaşam süresinin erkeklerden 3-5 yıl kadar daha uzun olması gösterilmektedir (3, 4). Bizim araştırmamızda da her iki bölgede dul kadınların oranı erkeklerden fazladır. Çalışmamızda saptanan yalnız yaşama oranları C. Kalyoncu ve arkadaşlarınınca Eskişehir'de yapılan çalışmaya göre daha düşüktür (9), ancak O. Günay ve arkadaşlarınınca Kayseri'de yapılan çalışmaya göre daha yüksektir (8).

Alkol alma ve sigara içme alışkanlıklarını araştırdığımızda iki bölge arasında sigara içme açısından fark olmadığını, buna karşılık alkol kullanımının Silivri Merkez'de anlamlı derecede fazla olduğunu görmekteyiz. Bu durumun iki bölge arasındaki sosyo-ekonomik farklılıktan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ancak bu soruya verilen yanıtlarda alkol kullanma oranlarının düşüklüğü kaynaklarla uyumsuzluk göstermektedir. Çünkü özellikle alkol alımının ileri yaşlarda arttığını belirten kaynaklar mevcuttur (3).

Sosyal ve fiziksel aktivitenin oldukça azaldığı ileri yaşlarda boş zaman olarak nitelenen zaman oldukça fazladır. Bu yönde yaşlılarımızı araştırdığımızda, çoğunun zamanlarını evde geçirdiklerini görmekteyiz. Bu her iki grupta kadınların fazlalığından ileri gelmektedir. Nitekim evde oturanları cinsiyetlerine göre incelediğimizde büyük bir çoğunluğun kadınlar tarafından oluşturulduğu ortaya çıkmaktadır. Günlerini çalışarak geçirenlerin ise büyük bir bölümünü erkekler oluştururken bu oran Fenerköy'de daha yüksek olarak bulunmaktadır. Bu sosyo-ekonomik nedenlerden kaynaklanan bir durum özelliğini taşımaktadır. Gelişmekte olan ülkeler kapsamında olan Çin'de 65 yaş üzerindekiilerin çalışma oranı %30.1, Meksika'da ise %68.6 olduğunu görmekteyiz (19). Bizdeki oranın bu ülkelere göre düşük olması yaşlılarımız açısından olumlu bir durum olmakla birlikte, kitap okuma alışkanlığının düşük olması ve erkeklerin bir kısmının zamanlarını kahvede geçirmesi açısından düşündürücüdür.

Yaşlıların yaşlılarına göre kendilerini nasıl hissettiklerini araştırdığımızda, verilen cevapların tümünde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı gözlenmektedir. Yaşlılarına göre kendilerini daha enerjik ve daha az enerjik hissedenenlerin Fenerköy'de fazlalığı, kendini yaşlılarına göre aynı düzeyde hissedenenlerin Silivri Merkez'de fazlalığı sosyo-ekonomik faktörlerin neden olduğu bir durum görünümündedir.

Son bir yıl içerisinde hekime başvurma durumları araştırıldığında, her iki bölgede hekime başvuranlar arasında anlamlı dağılım farkı yokken, başvurmayanların oranının sağlık ocağı yanında devlet hastanesinin de olduğu Silivri Merkez'de fazlalığı düşündürücüdür. Kaldı ki ileri yaştakilerin yılda en az iki kez hekime muayene olmaları sağlıklı yaşamları için gerekli bir durumdur. Son bir yıl içerisinde hekime başvuranlar arasında başvuru sağlık kuruluşu araştırıldığında Silivri Merkez'de devlet hastanesi olmasına rağmen sağlık ocağından daha fazla yararlanılması birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini göstermektedir. Fenerköy'de ise devlet hastanesi bulunmazken ve en yakın devlet hastanesi 8 km mesafede iken devlet hastanesine başvuranların sayısının sağlık ocağına başvuranlardan fazlalığı köyde sunulmakta olan birinci basamak sağlık hizmetleri açısından düşündürücü olup, Fenerköy sağlık ocağında zaman zaman hekimin bulunmaması veya hekimin düzenli hizmet verememesi ile açıklanabilir (6).

Yaşlılıkta kronik hastalıklar ve bunlarla ilgili semptomların görülme sıklığı artmaktadır (2, 11). Bu yönden yaşlılar bölgelere göre incelendiğinde en sık görülen hastalık semptomlarının baş ağrısı ile eklem ağrısı olduğu gözlenmektedir. Baş ağrısı açısından iki bölge arasında farklılık bulunmazken, eklem ağrısının Fenerköy'de yüksek oranda olması sosyo-ekonomik ve sosyo-medikal nedenlerdendir. Her iki bölgede yaşlılar arasında sık görülen hastalıkların başında yüksek kan basıncı ve romatizmal hastalıklar olduğu kendi ifadelerinden ve ocak kayıtlarından anlaşılmaktadır. Yüksek kan basıncı açısından iki bölge arasında anlamlı dağılım farkı bulunmazken romatizmal hastalıkların Fenerköy'de daha yüksek oranda görülmesi hastalığın sosyo-ekonomik etiyojisi ile uyumludur. E. Yardırcı ve arkadaşlarınınca emekli öğretmenler üzerinde yapılan çalışmada da romatizmal hastalıkların en sık görüldüğü ortaya çıkmıştı (23). Kalp yetmezliğinin Silivri Merkez'de, Fitik ve Veremin Fenerköy'de daha yüksek oranda görülmesi yine sosyo-ekonomik nedenlerle izah edilebilecek bir durumdur. Buna karşılık göz bozukluğu, işitme kaybı ve uzuv kaybı gibi durumların Fenerköy'de daha yüksek oranlarda rastlanmış olması düşük sosyo-ekonomik bölgelerde karşılaşılabilecek medikal sorunlar açısından düşündürücüdür.

Yaşlılar arasında sürdürüğü kaynaklarda belirtilen cinsel aktivitenin (1) Silivri Merkez'de %7.43, Fenerköy'de %37.24 olduğu kendileri tarafından anlaşılmaktadır. İki yerleşim yeri arasındaki anlamlı dağılım farklılığı tablo IV'te verilen yaşlıların bölgelere kiminle yaşıyor dağılımı ile izah edilebilecek bir durum olmakla beraber konunun ahlaki değerleri içermesi verilen yanıtların doğruluğu açısından düşündürücüdür.

Sonuç ve Öneriler: 1. Silivri Merkez'de yaşayan yaşları 65 ve daha yukarı olan yaşlıların oranı %5 olup Türkiye geneline yakındır. Bu özelliği ile Silivri Merkez bir erişkin toplum örneğidir. Buna karşılık Fenerköy'de yaşayan yaşlıların oranı %10.5 olup Türkiye genelinden yüksektir. Bu özelliği ile Fenerköy yaşlı toplum örneğidir.

2. Okur-yazar olmayanlar her iki bölgede de Türkiye genelinden yüksektir.

3. Her iki bölgede de sosyal güvenceye sahip olma durumu oldukça düşüktür. Sosyal güvenceye sahip olanlar arasında güvence türüne göre iki bölge arasında farklılık bulunmaktadır.

4. Yaşanan evin daha konforlu olmasını sağlayan bazı özellikler açısından iki yerleşim yeri arasında farklılık bulunmaktadır.

5. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar kentkiler göre daha düzenli beslenmektedirler.

6. Yalnız yaşayanlar arasında kadınlar beklenildiği gibi çoğunluğu oluşturmaktadırlar.

7. Yaşlı erkekler arasında çalışanların oranı Fenerköy'de yüksek bulunmuştur.

8. Son bir yıl içerisinde hekime başvuranlar arasında başvuru sağlık kuruluşu açısından iki bölge arasında farklılık bulunmaktadır.

9. Fenerköy'de yaşamakta olan yaşlılar arasında romatizmal hastalıklar en sık görülürken, Silivri Merkez'de yüksek kan basıncı en sık görülen hastalıktır.

Yaşlı kimselerin sorunlarına gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkeler kadar eğilinmemektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında gelişmekte olan ülkelere yaşlı nüfusun azlığı, aile yapısı gibi geleneklerin yer almasıdır. Hızlı kentleşme, endüstrileşme ve değişmekte olan sosyo-ekonomik koşullar nedeni ile ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelere artan sayıda yaşlılar bugün sorun olarak yer almazken gelecekte büyük sorun yaratacaktır. Bu nedenle gelişmekte olan ülkeler yaşlıları ile gelişmiş ülkeler kadar ilgilenmek zorundadırlar (7). Geriatrik hastalıklarla ilgilenecek servislerin gerekliliği yanında sağlıklı yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin artırılması gerekmektedir. Çünkü her yaşlı aynı zamanda hasta bir birey değildir, ona geçmişinde yaşadığı mutlu günleri aratmamak gerekmektedir (19).

Tablo I: Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Cinsiyet Dağılımları :

CİNSİYET	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
KADIN	278	52.95	76	52.41	354	52.84
ERKEK	247	47.05	69	47.59	316	47.16
TOPLAM	525	100.00	145	100.00	670	100.00

Tablo II: Yaşlıların Bölgelere Göre Öğrenim Durumu Dağılımları

ÖĞRENİM DÜZEYİ	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
OKUR-YAZAR DEĞİL	184	35.05	80	55.17	264	39.40
OKUR YAZAR	132	25.14	31	21.38	163	24.33
İLKOKUL	164	31.24	34	23.45	198	29.55
ORTAOKUL	28	5.33	0	0.00	28	4.18
LİSE ve ÜSTÜ	17	3.24	0	0.00	17	2.54
TOPLAM	525	100.00	145	100.00	670	100.00

Tablo III: Yaşlılardan Sosyal Güvenceye Sahip Olanların Bölgelere Göre Dağılımı:

GÜVENCE TÜRÜ	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
EMEKLİ SANDIĞI SOSYAL SİGORTA	100	41.32	7	15.56	107	37.28
BAĞKUR	51	21.07	7	15.56	58	20.21
ÖZEL SİGORTA	80	33.06	23	51.11	103	35.89
YEŞİL KART	5	2.07	3	6.67	8	2.79
TOPLAM	6	2.48	5	11.10	11	3.83
TOPLAM	242	100.00	45	100.00	287	100.00

Tablo IV: Evin Konforuna Ait Bazı Özelliklerin Bölgelere Göre Dağılımı:

EVDE	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
ELEKTRİK*	520	99.05	139	95.86	659	98.36
SU**	508	96.76	139	95.86	647	96.57
TELEFON*	469	89.33	102	70.34	571	85.22
RADYO*	490	93.33	110	75.86	600	89.55
TELEVİZYON*	513	97.71	116	80.00	629	93.88
BUZDOLABI*	502	95.62	118	81.38	620	92.54
ÇAMAŞIR MAKİNESİ*	474	90.29	75	51.72	549	81.94
FİRİN*	477	90.86	48	33.10	525	78.36

* p< 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır.

** p>0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

Tablo V: Yaşlıların Bölgelere Göre Günlük Öğün Sayısı Dağılımları

ÖĞÜN SAYISI	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
TEK ÖĞÜN	8	1.52	2	1.38	10	1.49
KAHVALTI + 1 ÖĞÜN	71	13.52	33	22.76	104	15.52
KAHVALTI + 2 ÖĞÜN	390	74.29	103	71.03	493	73.58
DÜZENSİZ	56	10.67	7	4.83	63	9.40
TOPLAM	525	100.00	145	100.00	670	100.00

Tablo VI: Yaşlıların Bölgelere Göre Kimiye Tıgaaldıklarının Dağılımı:

KİMİNLE YAŞIYOR	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
YALNIZ*	76	13.34	16	11.03	86	12.34
EŞİ İLE**	221	42.10	97	66.90	318	47.46
ÇOCUKLARI İLE**	227	43.24	32	22.07	259	38.66
AKRABA İLE*	7	1.33	0	0.00	7	1.04
TOPLAM	525	100.00	145	100.00	670	100.00

* p> 0.05 düzeyinde olduğundan anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

** p<0.05 düzeyinde olduğundan anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

Tablo VII: Bölge Cinsiyete Göre Günlük Nasıl Geçirildiği Dağılımı

GÜNLÜK GEÇİRİYOR	NASIL	SİLİVRİ MERKEZ				FENERKÖY				TOPLAM			
		KADIN		ERKEK		KADIN		ERKEK		KADIN		ERKEK	
		SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
KİTAP OKUYARAK		8	2.8	9	3.6	1	1.3	5	7.2	5	2.5	14	4.4
KAHYA'DE		0	0.0	78	31.6	0	0.0	15	27.6	0	0.0	97	31.7
ÇALIŞARAK		7	2.5	32	12.0	3	4.0	36	52.2	10	2.0	68	21.5
EV'DE		260	93.5	127	51.4	43	56.6	7	10.1	303	85.6	134	42.4
DİĞER		3	1.2	1	0.4	29	38.1	2	2.9	32	8.1	3	1.0
TOPLAM		278	100.0	247	100.0	76	100.0	69	100.0	354	100.0	316	100.0

Tablo VIII: Yaşlıların Yaşlılarına Göre Kendilerini Nasıl Hissettiklerinin Dağılımı :

YAŞLILARINA GÖRE	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
DAHA ENERJİK**	106	20.19	63	43.45	169	25.22
DAHA AZ ENERJİK**	128	24.38	62	42.76	190	28.36
AYNI DÜZEYDE**	273	52.00	20	13.79	293	43.73
YANITSIZ**	18	3.43	0	0.00	18	2.69
TOPLAM	525	100.00	145	100.00	670	100.00

** p< 0.05 düzeyinde iki grup arasında anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

Tablo IX: Yaşlıların Son Bir Yıl İçerisinde Hekime Başvurma Durumları Dağılımı :

HEKİME	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
BAŞVURAN**	358	68.19	113	77.93	471	70.30
BAŞVURMAYAN*	152	28.95	32	22.07	184	27.46
YANITSIZ	15	2.86	9	6.00	15	2.24
TOPLAM	525	100.00	145	100.00	670	100.00

* p> 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

** p< 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

Tablo X: Hekime Başvuran Yaşlıların Sıklıkla Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

SAĞLIK KURULUŞU	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
ÖZEL DOKTOR*	85	23.18	26	23.01	109	23.14
SAĞLIK OCAGI*	153	42.74	38	33.63	191	40.85
DEVLET HASTANESİ**	116	32.40	44	38.94	160	33.97
ÖZEL HASTANE*	6	1.68	5	4.42	11	2.34
TOPLAM	358	100.00	113	100.00	471	100.00

Tablo XI: Yaşlıların Başlıca Şikayetçi Oldukları Hastalık Semptomlarının Bölgelere Göre Dağılımı***:

SEMPTOM	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
BAŞ AĞRISI*	198	36.36	58	40.00	246	37.16
BAŞ DÖNMESİ*	141	27.27	45	31.03	186	28.10
KALP AĞRISI**	52	10.06	31	21.38	83	12.54
GÖĞÜSTE SIKIŞMA**	51	9.86	32	22.07	83	12.54
HALSİZLİK**	139	26.89	54	37.24	193	29.15
İSTERSİZLİK**	79	15.28	34	23.45	113	17.07
UNUTKANLIK**	98	18.96	44	30.34	142	21.45
NEFES DARLIĞI**	59	11.41	29	20.00	88	13.29
ÖKSÜRÜK*	98	18.96	25	17.24	123	18.58
BALGAM ÇIKARMA*	57	11.03	19	13.10	76	11.48
FAZLA İDRARA ÇIKMA**	37	7.16	34	23.45	71	10.73
İDRAR ZORLUĞU**	24	4.64	18	12.41	42	6.34
KARIN AĞRISI*	34	6.58	9	6.21	43	6.91
BEL AĞRISI**	72	13.93	50	34.48	122	18.43
İŞTİHSİZLİK*	35	6.77	15	10.34	50	7.55
EKLEM AĞRISI**	129	24.95	49	33.79	148	26.89
HAREKET KISITLILIĞI**	57	11.03	42	28.97	99	19.95
HAZIMSİZLİK*	47	9.09	20	13.79	67	10.12
İŞİTME ZORLUĞU**	65	12.57	37	25.52	102	15.41
GÖRME BOZUKLUĞU**	76	14.48	45	31.03	121	18.28
KASINTI**	23	4.45	14	9.66	37	5.59
KARIZLIK*	30	5.80	11	7.59	41	6.19
İDRAR KAÇIRMA*	31	5.00	11	7.59	42	6.34

* p> 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

** p< 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmamaktadır.

*** Silivri Merkez'de yaşayan yaşlıların 8 tanesi bu soruya yanıt vermediğinden bu tablonun değerlendirilmesinde çabıma kapsamına alınmamıştır.

Tablo XII: Yaşlıların Hastalıklarının Bölgelere Göre Dağılımı***:

HASTALIK	SİLİVRİ MERKEZ		FENERKÖY		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
TANSİYON*	188	36.36	58	40.00	246	37.16
KALP YET**	54	10.44	31	21.38	85	12.84
VARİS*	14	2.71	6	4.14	20	3.02
ŞEKER*	45	8.70	10	6.90	55	8.31
BRONŞİT*	48	9.28	18	12.41	66	9.97
ASTİM*	13	2.51	7	4.83	20	3.02
AYAKTA MANTAR*	23	4.45	7	4.83	30	4.53
ROMATİZMA**	120	23.21	63	43.45	183	27.64
FELÇ*	11	2.13	5	3.45	16	2.42
ÜLSER*	18	3.48	5	3.45	23	3.47
EPİLEPSİ*	4	0.77	0	0.00	4	0.60
KANSER*	1	0.19	1	0.69	2	0.30
VEREM**	2	0.39	4	2.76	6	0.91
KARACİĞER YETMEZLİĞİ*	2	0.39	2	1.38	4	0.60
FİTİK**	13	2.51	14	9.66	27	4.08
UZUV KAYBI**	6	1.16	6	4.14	12	1.81
GÖZ BOZUKLUĞU**	78	15.09	52	35.86	130	19.64
İŞTİME KAYBI**	54	10.44	45	31.03	99	14.95

* p> 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır

** p< 0.05 düzeyinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı dağılım farkı bulunmaktadır.

*** Silivri Merkez'de yaşayan yaşlıların 8 tanesi bu soruya yanıt vermediğinden bu tablonun değerlendirilmesinde çalışma kapsamına alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Alanka Y.: Metropolitan Bir Kentte Huzurelerinde Mediko-Sosyal Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1991.
- Bilir M.: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Editörler: Bertan M.; Gler Ç.; Güneş Kitabevi, Ankara, 1995.
- Butler R.N.; Lewis M.I.: Aging and Mental Health, Second Edition, C.V. Mosby Company, Saint Luis, 1977.
- Çiçrut, H.: 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşlılıkla İlgili Durum Saptaması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
- Dirican R.; Bilgel N.: Halk sağlığı (ikinci Baskı): Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.
- Fenerköy Sağlık Ocağı Kayıtları, 1996.
- Güleç M.: Ankara'da İkamet Eden Emekli Subayların Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1996.
- Günay O.: Yalnız Yaşayan Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları, Halk Sağlığı Bülteni, İstanbul 3 (10) 3-11, 1989.
- Kalyoncu C.: Bölgemiz Yaşlılarının Mediko-Sosyal Sorunları, Anadolu Tıp Dergisi, C.13 S.1, 149-151, 1991.
- Kemp R.: A New Look At Geriatrics, Pitmann Medical Publishing, London, 1965.
- Kermis D.M.: Mental Health In Late Life, Jones and Berlett Publishers, Boston 1986.
- Koca H.: Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Uyumunu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994.
- Sencer (İrmak) Y.: Türkiye'de Kentleşme, Kültür Bakanlığı Yayınları No 345, Ankara 1979.
- Shorter F.C.: Türkiye'de Nüfus Bilgisinde Kriz Var, Bilişim, Eylül, 1997.
- Silivri 1 ve 2 No'lu Sağlık Ocağı Kayıtları, 1996.
- Türkiye İstatistik Yıllığı 1994, TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 1995.
- Türkiye İstatistik Yıllığı, 1995, TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara 1996.
- WHO: Aging and Work Capacity, WHO Technical Report Series 835, Geneva, 1993.
- WHO, Planning and Organization of Geriatric Service, WHO, Technical Report Series, 548, Geneva, 1974.
- W.H.: Public Health Problems of An Aging Population, The Theory and Practice of Public Health, Oxford University Publication, London, 1961.
- World Health Statistics Annual, World Health Organization, Geneva 1987.
- World Health Statistics Annual, World Health Organization, Geneva, 1994.
- Yardımcı E.: Sağlığın Yükseltmesi İçin Önemli Olan Davranışlar İle Sürengen Hastalıklar Arasındaki İlişkilerin Yaşlılarda Araştırılması, Klinik Gelişim 9 (4316-4321) 1996.
- Yardımcı E.: İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarını ve Günlük Yaşam Aktiviteleri, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.

YAŞLILIKTA UYKU DÜZENİ ve UYKU SORUNLARI (ÖN ÇALIŞMA)

Uz. Dr. Emel ÇÖLGEÇEN, Prof. Dr. Yıldız TÜMERDEM, Dr. Pınar AY

İstanbul Üniv., İstanbul Tıp Fak., Halk Sağlığı ABD., İSTANBUL.

ÖZET

Gelişmiş ülkelerde koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında, yaşlı nüfusa ilişkin olanlar ayrı bir üniteye ele alınmakta ve Gerontoloji Bilimi olarak da tanımlanmaktadır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda iki yıldır yapılanma aşamasında olan bu konu örnek model olarak ele alınmış ve çalışmalar başlatılmıştır. Küçükçekmece Eğitim -Araştırma- Hizmet Sağlık Grup Başkanlığı'mıza bağlı sağlık ocaklarımızdaki bu çalışmalarımızı Halk Sağlığı Ailesi'ne duyurmayı amaçladık. Burada sunacağımız çalışmamızın bu bölümünde Kasım 1996-Mart 1997 tarihlerinde kayıtlarımıza geçen 162 yaşlı katılımcının (76 kadın, 86 erkek) uyku ile ilgili yakınmalarını yüz yüze görüşme yöntemi ile saptadık. Katılımcıların uyku süreleri (her iki cinsiyette birlikte) 7.41±2.04 saattir. Kadınlar için bu süre 7.17±2.29 saat, erkekler için 7.62±17.7 saat idi. Uyku yakınmaları sırasıyla %20.4 oranla güç uyuyma, %19.1 oranla sık sık uyanma, %11.7 oranla sabah istenenden erken uyanma ve %8,6 oranla yatakta uzun süre kalma fakat kısa uyku süresi biçiminde idi. Kadınların %31.6'sı güç uyuyor, %27.6'sı sık sık uyanıyor, %17'si sabah erken istemeden uyanıyor, %15.8'i yorgun uyanıyor, %2.6'sının gündüz uyuyma alışkanlığı vardı. Erkeklerin değerleri ise aynı yakınmalar için kadınlara oranla çok daha düşüktü.

Sonuç olarak 2000 li yılların başlarında nüfusumuzun yaklaşık %10 una ulaşacak olan (bugünkü değer %4.3 tür) yaşlı bireylerin uyku dahil tüm sağlık sorunlarını birinci basamak hekimlik hizmetlerinin ikinci basamak hizmetlerle (erken tanı-tedavi) entegre olarak çözümünün çağdaş hekimlik ilkelerine en uygun yöntem olacağı görüşüne katıldığımızı bir kere daha vurgulamış oluyoruz. Çalışmalarımız sürmektedir.

SUMMARY

SLEEP RHYTHMS AND SLEEP DISORDERS OF THE ELDERLY

In the developed countries preventive health care services concerning the elderly population are held as a different service named as gerontology.

This subject is considered as a demonstrative structure in the public health department of İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine and a research has been carried out for two years. Our aim is to announce our research that is continued in the primary health care units of Küçükçekmece Local Health Administration Area to the public health family. The research that we are presenting here is an interview of 162 elderly about their sleep disorders that is carried out between November 1996 and March 1997. The mean sleep hours of the elderly were determined as 7.41±2.04 hours in both sexes. This period for women was 7.17±2.29 hours and for men was 7.62±17.2 hours. The sleep disorders were as follows; difficulty in falling asleep (20.4%), waking up often (19.1%), waking up earlier in the morning than desired (11.7%) and sleeping less than desired in spite of spending a long time in bed (8.6%). Of the females, 31.6% were having difficulties in falling asleep, 27.6% were waking up often, 17% were waking up early in the morning than desired and 15.8% were waking up tired. 2.6% of the group had habits of sleeping in the morning.

In conclusion, we must emphasise that it will be prudent to solve the problems of the elderly who will make up 10% (4.3% for today) of our population by the year of 2000 including the sleep disorders in an integration of primary and secondary health care services.

Giriş ve Amaç: Fizyolojik anlamda uyku; "bireylerin uygun duyuşsal ya da başka uyaranlarla uyandırılabileneceği bilinçsizlik durumu" olarak tanımlanmıştır (1). Uyku yaklaşık 90 dakikalık Yavaş Dalgalı Uyku (YDU) ya da non-Rapid Eye Movements (non-REM) ile başlamaktadır. YDU nun 1. ve 2. hafif; 3. ve 4. derin uyku olmak üzere dört evresi vardır. Bu tip uyku rüyasız ve sakin uykudur. YDU da periferik vasküler tonusta ve diğer vejetatif fonksiyonların pekçoğunda azalma, kan basıncı, solunum sayısı ve bazal metabolizmada da %10-30 oranında düşüş olmaktadır.5-20 dakikalık Paradoksal Uyku (PU) ya da Rapid Eye Movements (REM) periyotlarında ise rüya görülür ve de kişinin uyandırılması non-REM uykusuna oranla daha zor olmaktadır. Bu uyku evresinde vücut kaslarının tonusu azalmıştır. Kalp atım sayısı ve solunum düzeni bozulmuştur. Periferik kasların aşırı inhibisyonuna karşılık, gözlerde düzensiz kas hareketleri görülmekte ve gece boyunca bu sıklık olay 4-6 kez yinelenmektedir (1, 2).

Uykusuzluk fiziksel ya da psikolojik rahatsızlıkların göstergesi olabileceği gibi sosyal çevre sorunlarıyla da yakından ilgilidir (2, 3, 4). Bu nedenle diğer evrelerde olduğu gibi yaşlılık evresinde de uyku ve bununla ilgili sorunların ciddi bir biçimde incelenmesi için birinci basamak hizmet ünitelerinde görevli sağlıkçıların ikinci basamak hizmet üniteleri ile birlikte çalışmaları gerekmektedir. Çünkü uykunun niteliği ve sürekliliği ile ilgili yakınmalar özellikle de kent toplumunda gündün güne artış göstermektedir.

Bu görüşlerin ışığında Küçükçekmece Sağlık Grup Başkanlığı'mızdaki çekirdek yapılanma modelimizin çalışmalarından olan yaşlıların uyku düzenini ve yakınmaları ile ilgili verilerimizi değerlendirecek kongremizde sunmayı uygun bulduk.

Gereç ve Yöntem: Uyku bozuklukları DSM-IV TM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) e göre Dissomnialar ve Parasomnialar diye iki gruba ayrılır. Dissomnialar başlığı altında insomnia, Narkolepsi, Solunumla ilişkili Uyku Bozukluğu, Sirkadiyen Ritm Uyku Bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan Dissomnialar (Huzursuz Bacaklar Sendromu, İdiyopatik Periyodik Bacak ve Kol Hareketleri, Noktürnal Miyoklonus) uyku bozukluğu alt grupları olarak incelenmektedir (5). DSM-IV TM'deki başlıklara uyan yakınmaları incelemek amacıyla hazırladığımız ön çalışmalı çok sorulu anketlerimizi. Küçükçekmece Sağlık Grup Başkanlığı'mıza bağlı sağlık ocakları bölgemizde, rutin ev ziyaretleri sırasında 65 yaş ve üstündeki 86 sı erkek, 76 sı kadın 162 yaşlı bireye yüz yüze görüşme yöntemi ile uyguladık. Çalışmada önceden eğitilen intern hekimlerimiz anketör olarak görev aldı. Verilerimizi kişisel bilgisayarda (personal computer) değerlendirdik. Değerlendirmede istatistik yöntem olarak ortalama, standart sapma, frekans, yüzde oran, iki ortalama arasındaki farkın önemliliği testi, Fisher'in ki-kare testi ve ki-kare testini kullandık.

Bulgular ve Tartışma: 65 yaş ve üstündeki her iki cinsiyetten 162 katılımcının (76 kadın, 86 erkek) yaş ortalaması 69.12±6.23 yıl idi. Katılımcı 76 kadının yaş ortalaması 68.70±6.22, katılımcı 86 erkeğin yaş ortalaması 69.50±6.26 yıl idi. Her iki cinsiyette ortalama uyku saati süresi 7.41±2.04 saat bulundu. Yaşlılar en az 2, en fazla 12 saat uyuyorlardı. Kadınların ortalama uyku saati süresi 7.17±2.29 saattir. Erkekler için bu değer 7.62±1.77 saat bulundu. Kadın ve erkeklerin ortalama uyku saati süresi arasındaki farkın değerlendirilmesinde t:1.29, sd.:160, p:0.17 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Yaşlıların gündüz ortalama uyku saati süresi 0.71±1.12 saattir. Yaşlılar gündüz en az 0, en fazla 6 saat uyuyorlardı. Kadınların gündüz ortalama uyku saati süresi 0.86±1.27 saat bulundu (en az 0, en fazla 6). Erkekler ise gündüz ortalama 0.58±0.96 saat uyuyordu (en az 0, en fazla 4). Kadın ve erkeklerin ortalama gündüz uyku saati süresi arasındaki farkın değerlendirilmesinde t=1.55, sd.=160, p=0.12 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Yaşlıların gece ortalama uyku saati süresi 6.65±1.95 saattir. Yaşlılar gece en az 0, en fazla 11 saat uyuyorlardı. Kadınların gece ortalama uyku saati süresi 6.32±2.20 (en az 0, en fazla 11) saattir. Erkeklerin gece ortalama uyku saati süresi 6.95±1.65 (en az 0, en fazla 10) saattir. Kadın ve erkeklerin ortalama gece uyku saati süresi arasındaki farkın değerlendirilmesinde t:2.10, sd.:160, p:0.04 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Katılımcıların %35.2 (n:57)'sinin uyku ile ilgili yakınmaları dikkat çekici idi. Uyku ile ilgili yakınmaların cinsiyete, medeni duruma ve sağlıkla ilgili diğer yakınmalarına göre değerlendirilmesi yapıldı. Sonuçlar tablo I, II ve III'te verilmiştir. Tablo IV te ise uyku ile ilgili sorgulanan yakınmaların cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

Tablo I'de görüldüğü gibi, uyku sorunu olan 57 katılımcının %63.2 (n:36)'si kadın, %36.8 (n:21)'i erkekti. Burada da vurgulandığı gibi kadının sorunu erkeğin sorununun yaklaşık iki katı idi. Oransal olan bu farklılığın istatistiksel değerlendirilmesinde ki-kare testi sonucuna göre farklılık anlamlı bulundu.

Tablo II de görüldüğü gibi, uyku sorunu olan 57 katılımcının %68.4'ü evli, %1.8'i bekar, %29.8'i duldu. Evliler ile bekarların uyku sorunu arasındaki farklar istatistiksel olarak Fisher'in ki-kare testi ile araştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamadı (Fisher:0.52, p:0.42). Evliler ile duların uyku sorunu arasındaki farklar da istatistiksel olarak Fisher'in ki-kare testi ile araştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamadı (Fisher:0.00, p:0.97).

Tablo III de görüldüğü gibi, uyku sorunu olan 57 katılımcının %70.2 (n:40) sinin sağlık sorunu var, %29.8 (n:17)'inin sağlık sorunu yoktu. Oransal olan bu farklılığın istatistiksel değerlendirilmesinde ki-kare testi sonucuna göre farklılık anlamlı bulunmadı.

Tablo IV'te görüldüğü gibi kadınların ve erkeklerin uyku ile ilgili yakınmaları tek tek ele alınarak cinsiyetler arasında yakınmaya göre istatistiksel farklılığın olup olmadığı Fisher'in ki-kare testi ve ki-kare testi ile değerlendirildiğinde yatakta uzun süre kalıp az uyuma, sabah arzu edilenden erken uyanma, güç uyuma, uykunun hafif olması, sık sık uyanma, solunum zorluğu ile uyanma, yorgun uyanma yakınmalarının kadınlarla erkekler arasındaki farkının istatistiksel olarak anlamlı sonuç verdiği saptanmıştır.

Tartışma: Bir gün (24 saat) boyunca uykuda geçen süreler toplandığında, 40 yaş altı ve 60 yaş üstü bireyler için toplam uyku süresi değerlerinin ortalaması 7.5 saat olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında farklılığın olmadığı vurgulanmıştır (6). Çalışmamızda yaşlıların gün boyunca uyuduğu saatlerin toplamalarının ortalama süresi 7.4 olarak bulunmuştur.

Yaşlanma ile uzun ve derin uykunun yerini, daha hafif, daha kısa süreli ve bölünmüş uyku almaktadır. Çalışma grubumuzdaki yaşlıların %19.1'i uykusunun hafif olmasından, %8.6'sı yatakta uzun süre kalmamasına rağmen az uyumaktan yakınmıştır. Uykunun verimi, yani uykuda geçen zamanın uyumak için yatakta geçen zamana oranı, yaşlılıkta azalır, %70-80 arasındadır (3). Yaşlanma ile uyku yapısında oluşan bu değişiklikler doğal olarak kabul edilir; ilaç tedavisi ile sonuç anlamlı olarak değişmez (7).

Bu konuda yapılan çalışmalarda yaşlıların %50'den fazlası ciddi uyku bozukluğundan yakınmaktadır (4). Çalışmamızda ise bu oran %35.2 bulunmuştur. Mandiracıoğlu'nun İzmir Bornova'daki çalışmasında, yaşlı erkeklerin %34.1'inde, kadınların %94.5'inde uyku sorunu olduğu görülmüştür (8). Çivi'nin Konya'nın merkez ve köylerindeki çalışmasında ise yaşlıların %23.5'i uykusuzluktan yakınmışlardır (9). Günay'ın Kayseri çalışmasında, erkek yaşlıların %25'i, kadın yaşlıların %41.1'inde (10), Kalyoncu'nun Seyitgazi çalışmasında erkek yaşlıların %39.2 sinde, kadın yaşlıların %32.7'sinde (11) uykusuzluk yakınması saptanmıştır.

Bornova çalışmasında en sık rastlanan uyku yakınması kadınlarda %34.7, erkeklerde %22.5 oranla sık uyanma biçimindedir (8). Bizim çalışmamızda en sık yakınmalar, güç uyuma, sık uyanma, istenenden erken uyanma ve yorgun uyanmadır. Genel olarak uyku ile ilgili yakınma kadınlarda (%63.2), erkeklerde olduğundan daha fazladır (%36.8); bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Evli, bekar veya dul olanların uyku sorununa sahip olma açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çeşitli sağlık sorunları olanlarda uyku sorunları da oransal olarak daha fazla bulunmasına rağmen aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çağlayan ve Tümerdem'in İstanbul'da değişik hastanelerde görevli hemşirelerde sirkadiyen uyku ile ilgili çalışmalarında ilgi çeken bir sonucu vermiştir. Mesleki olarak aktif çalışanları gereken saatlerdeki davranışın yaşla ilişkisinin saptandığı bu çalışmada uyku tipi IV ve V'in ileri yaşlarda daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (12).

Sonuç olarak 65 yaş ve üstü nüfusun sorunları arasında uyku ile ilgili yakınmalar da, diğer sorunlarda olduğu gibi, halk sağlığı konuları içinde düşünülmeli, incelenmeli ve çözüme ilişkin yöntemler geliştirilmelidir. Uyku sorunu olan yaşlılara yardım edebilmek için, uykunun daha hafif ve kısa olmasının, daha sık uyanmanın, yaşlılıkta normal bir yaşam biçimi olduğu yaşlı bireye anlatılmalıdır. Noktürüyi (gece idrar yapma) azaltmak için gece saatlerinde gereksiz sıvı alımının azaltılması önerilmektedir. Yaşlı birey, gündüz uyuma alışkanlığını da bırakmalıdır. Olanak varsa, bireylerin düzenli egzersiz yapmaları, sigara, alkol ve kafein kullanımından kaçınmaları, gerekli ise uyarıcı ilaçların günün erken saatlerinde kullanılması önerilmektedir. Kalp, akciğer hastalıkları vb tedavi edilmeli, gece ağrıları kontrol altına alınmalı, yatma ve kalkma saatlerinin düzenli olması önerilmeli, uyku için uygun bir ortam sağlanmalıdır. Bilimsel anlamda uyku ile ilgili alışkanlıkları değiştirme yöntemlerine başvurulabilir (13). Uyku bozukluğu non farmakolojik yakınmalara yanıt veremiyorsa, L-tryptophan, chloralhydrate, antihistaminikler, benzodiazepinler vbg gibi bazı ilaçlar geçici olarak hekim kontrolünde kullanılabilir (13).

Tablo I : Uyku ile İlgili Yakınma - Cinsiyet

Cinsiyet / Uyku sorunu	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kadın	36	47.4	40	52.6	76	100.0
	(63.2)		(38.1)		(46.9)	
Erkek	21	24.4	65	75.6	86	100.0
	(36.8)		(61.9)		(53.1)	
Toplam sayı ve yüzde oran	57	35.2	105	64.8	162	100.0
	(100.0)		(100.0)		(100.0)	

χ^2 -kare : 9.32, s.d. : 1, p : 0,002

* Parantez içindeki yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo II : Uyku İle İlgili Yakınma - Medeni Durum

Medeni durum / Uyku sorunu	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli	39	35.8	70	64.2	109	100.0
	(68.4)		(66.7)		(67.3)	
Bekar	1	20.0	4	80.0	5	100.0
	(1.8)		(3.8)		(3.1)	
Dul	17	35.4	31	64.6	48	100.0
	(29.8)		(29.5)		(29.6)	
Toplam sayı ve yüzde oran	57	35.2	105	64.8	162	100.0
	(100.0)		(100.0)		(100.0)	

* Parantez içindeki yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo III : Uyku İle İlgili Yakınma - Sağlık Sorunları

Sağlık Sorunu / Uyku sorunu	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	40	40.0	60	60.0	100	100.0
	(70.2)		(57.1)		(46.9)	
Yok	17	27.4	45	72.6	62	100.0
	(29.8)		(42.9)		(38.3)	
Toplam sayı ve yüzde oran	57	35.2	105	64.8	162	100.0
	(100.0)		(100.0)		(100.0)	

 χ^2 - kare : 2,66, s.d. : 1, p : 0,10

* Parantez içindeki yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo IV : Uyku ile ilgili yakınmaların cinsiyete göre dağılımı.

Yakınmalar / Cinsiyet	Kadın		Erkek		Toplam		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Akşam arzu edilenden erken uyanma	2	2,6	3	3,5	5	3,1	Fisher: 0.10, p: 0.59
Yatakta uzun süre kalıp az uyanma	12	15,8	2	2,3	14	8,6	Ki-kare:9.26, p: 0.002
Bacak-kol atması	0		1	1,2	1	0,6	Fisher: 0.89, p: 0.53
Sabah arzu edilenden erken uyanma	13	17,1	6	7,0	19	11,7	Ki-kare:4.00, p: 0.05
Güç uyanma	24	31,6	9	10,5	33	20,4	Ki-kare:11.09, p: 0.001
Uykunun çok hafif olması, sık sık uyanma	21	27,6	10	11,6	31	19,1	Ki-kare:6.68, p: 0.01
Horlama	4	5,3	8	9,3	12	7,4	Ki-kare:0.96, p: 0.33
Panikle uyanma	3	3,9	1	1,2	4	2,5	Fisher:1.00, p: 0.27
Solumun durması	0		1	1,2	1	0,6	Fisher:0.89, p: 0.53
Solumun zorluğu ile uyanma	8	10,5	3	3,5	11	6,8	Ki-kare:3.16, p: 0.08
Yorgun uyanma	12	15,8	4	5,3	16	9,9	Ki-kare:5.62, p: 0.02
Gündüz çok uyanma	2	2,6	2	2,3	4	2,5	Fisher:0.02, p: 0.64

KAYNAKLAR

1. Guyton A.C., Hall J.E. Textbook of Medical Physiology, 9. Edisyon. Türkçe 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi 1996; s: 761-765.
2. Sutherland R. When your patient can't sleep. Patient Care, 1994; 32-44.
3. Swift C.G., Shapiro C.M. Yaşlılarda Uyku ve Uyku Sorunları. Literatür, 1993, 18: 678-681.
4. Sloan E.P., Flint A. J., Shapiro C.M. Keeping pace with circadian rhythm problems in the elderly. The Canadian Journal of Diagnosis, 1994; 99-111.
5. Köroğlu E. (Çeviri). Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV). Washington DC 1994 ten çeviri. Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1994: 223-233.
6. Örnek T., Bayraktar E., Özmen E. Geriatrik Psikiyatri. Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi: I. Saray Tıp Kitabevi.1. Baskı. İzmir. 1992: 111-128.

7. Abrams W.B., Berkow R. The Merck Manual of Geriatrics. Merck & COUSA 1990, p:128-140.
8. Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 65 yaş ve üzeri popülasyonun medikososyal sorunlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Tez yöneticisi: Prof. Dr. Fethi Doğan. İzmir 1992.
9. Çivi S., Demireli O., Tandırcıoğlu T. Konya'nın Merkez ve Köylerinde yaşlıların tıbbi sorunları üzerine epidemiojik bir çalışma. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı. 22-25 Mayıs, İstanbul 1990.
10. Günay O., Öztürk Y. yalnız yaşayan yaşlıların medikososyal sorunları. Halk Sağlığı Bülteni.1989, 3: 10: 3-11.
11. Kalyoncu C., Metintaş S., Etiz S., Işıklı B. Bölgemiz yaşlılarının medikososyal sorunları. Anadolu Tıp Fakültesi Dergisi.1991, 13: 1: 1-11.
12. Çağlayan Ş., Tümerdem Y., Pektekin Ç. Circadian sleep type imperformance in shift work.1989. Helsinki 31. International Congress of Physiological Science, p:213.
13. Suna D. Yaşlıda uyku bozuklukları. Klinik Gelişim. İstanbul Tabip Odası.1993, 6: 11: 2777-2780.

S8

**BULAŞICI
HASTALIKLAR
ve
İLK
YARDIM**

İSTANBUL ÜMRANIYE'DE BİR İLKOKULDA BAŞ BITİ ENFESTASYONU

Dr. Meltem Bakırcı Çakır¹, Doç. Dr. Hande Harmancı¹, Dr. Hasan Fatih Çay,
Dr. Mustafa Emirleroloğlu, Dr. Ertuğrul Okuyan, Dr. İlker Özdemir, Dr. Hakan Şeşen

¹MÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, 1996-1997 öğretim yılında İstanbul'un Ümraniye ilçesindeki bir ilkokulda baş biti görülme sıklığını saptamak, okuldaki öğretmen ve öğrencileri bit ve korunma yolları konusunda bilgilendirmek, bit enfestasyonu saptanan öğrencilere reçete verme yoluyla erken tanı ve tedavinin sağlanmasına katkıda bulunmak ve ilkokullarda tekrarlayan bit taramaları yapmanın yararları konusunda fikir edinmek amacıyla planlanmıştır. İlkokula devam eden öğrenci sayısı 2.175 olan Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda üç kez baş biti taraması yapılmıştır. Birinci taramada 2.087 öğrencinin 246 (%11.8)'sında, ikinci taramada 2043 öğrencinin 181(%8.9)'inde, üçüncü taramada 2.072 öğrencinin 169 (%8.2)'unda baş biti enfestasyonu saptanmıştır ($\chi^2=17.8$, $sd=2$, $p<0.001$). Her üç taramada da enfestasyon sıklığı kızlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.0001$).

Kesitsel olarak başlayan bu çalışmada baş biti enfestasyonunun devam etmesi veya tekrarlamasının bazı bağımsız değişkenlerle ilişkisini araştırmak için vaka ve kontrol grupları belirlenmiştir. Sonuç olarak, baş biti enfestasyonunun sürekliliği veya tekrarı ile cinsiyet, saç tipi, annenin çalışması, evde yaşayan kişi sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Okulda endemik olduğu saptanan bit enfestasyonunun eradikasyonu için taramalara ek olarak daha ciddi önlemlerin alınması ve bu konuda daha çok çaba harcanması önerilmiştir.

SUMMARY

This study was conducted in 1996-1997 school year in an elementary school of Ümraniye District, to determine the rate of pediculosis capitis (head lice) infestation. Teachers and students were provided with information about the infestation and its prevention. Infested students were given appropriate prescriptions and advice for treatment. A total of 2.175 students currently enrolled in Zübeyde Hanım Elementary School were screened three times. The first screening yielded 246 infested students out of 2087 (11.8%), the second 181 out of 2.043 (8.9%), and the third 169 out of (8.2%) ($p<0.001$). The infestation rate was higher in girls than boys in all three screening programs ($p<0.0001$).

Data collected from these three screening programs were separated into case and control groups to evaluate risks associated with repeated infestation. Repeated infestation was associated with sex, hair length, mothers' employment, number of people living in the same household. It is suggested that since head lice infestation is endemic in this school, strict methods of prevention should be taken and that screening programs alone are not effective.

Key Words: head lice, screening, Ümraniye District.

Giriş ve Amaç: Bitlenme (baş biti) okullarda en sık görülen yakınmalar arasında yer almakta, gelişmiş bir ülke olan ABD'de bile başlıca okul ve toplum sağlığı problemi olmaya devam ettiği bildirilmektedir (1, 2). Yapılan çalışmalarda, kırsal ve sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde kentsel ve ekonomik durumu yüksek bölgelerden daha fazla baş biti saptandığı ancak, ücretsiz tedavi imkanı sağlandığında yerleşim yerleri arasındaki farkın ortadan kalktığı gösterilmiştir (3, 4). Fransa'da yapılan bir çalışmada köye oranla gecekondü bölgesindeki okullarda baş bitine daha sık rastlandığı bildirilmektedir (5). Son yıllarda, İstanbul'da ve bir çok ülkede baş biti insidansında artış olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (2, 4, 5-19). En yüksek insidans 5-12 yaş çocuklarda olmakla birlikte; bu çocuklarla temas eden 24-36 yaşındaki ebeveynlerde de baş bitine sık rastlandığı bildirilmektedir (2). Orlando'da, baş bitinin yılda 6-12 milyon vakaya yol açarak 367 milyon dolara mal olduğu saptanmıştır (2).

Okula devam eden bir çocukta bit ve/veya sirke saptandığında ailesinin genellikle okul çevresini suçladığına ve okul yetkililerinin bu sorunu çözmesini beklediklerine tanık olunmaktadır. Bu nedenle, baş biti önemli bir okul ve halk sağlığı problemi kabul edilerek, erken tanı ve tedavi ile salgınları önlemek için, ilkokullarda bit tarama programlarına ilginin arttığı bildirilmektedir (2, 4). Clore ve Longyear, tarama programlarının birincil sağlık hizmetlerini, çocukların, okul personelinin, eğitimcilerin ve ailelerin eğitimlerini geliştirme açısından da yararlı olduğunu bildirmekte ve böyle bir programın etkili olabilmesi için bütün okulun yılda üç kez taranması ve taramaların Ekim, Aralık aylarında ve bahar yaklaşırken yapılması önermektedir (2).

Bu araştırmanın amaçları şu dört başlıkta toplanabilir:

1. Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda baş biti ve/veya sirke görülme (enfestasyon) sıklığını saptamak,
2. Baş biti enfestasyonunun okul çocuklarında tekrarlama veya devam etmesinin bazı değişkenlerle ilişkisini araştırmak,
3. Taramalar sırasında öğretmen ve öğrencileri bit ve korunma yolları konusunda bilgilendirmek,
4. Başında bit ya da sirke saptanan öğrencilere reçete verme yoluyla enfestasyonun erken tanı ve tedavisinin sağlanmasına katkıda bulunmak.
5. İlkokullarda tekrarlayan bit taramaları yapmanın yararları konusunda fikir edinmek.

Gereç ve Yöntem: Araştırma İstanbul'da Ümraniye ilçesi'nin merkez okullarından biri olan Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda yürütülmüştür. Ümraniye yarı kentsel bir yerleşim bölgesidir. Adı geçen okulun ilkokul kısmında 1996-1997 öğretim yılında Ekim başı, Aralık ve Şubat sonunda olmak üzere üç kez baş biti taraması yapılmıştır. İlkokula devam eden ve tarama günü okulda bulunan bütün öğrenciler muayene edilmiş ve taramalar sırasında öğrencilere bit konusunda bilgi verilmiştir. İlkokulda 37 sınıftaki öğrenci sayısı 1051(%48)'i kız, 1124(%52)'ü erkek olmak üzere toplam 2175'tir. Birinci taramada 2087, ikinci taramada 2043 ve üçüncü taramada 2072 öğrencinin saçına bakılmıştır. Üç taramada da okulda bulunan öğrenci sayısı 1874 (%86.2)'tür.

Birinci tarama saçında bit ya da sirke saptanan öğrencilere daha ucuz olduğu için sumithrin içeren saç şampuanı (Antibit®) reçetesi verilmiş, saçlarını 5 günde bir yıkaması ve sık dişi tarakla her gün taraması gerektiği reçeteye yazılmıştır. Ayrıca, annesinin diğer aile bireylerinin saçlarını kontrol etmesi ve şüphelendiklerinin reçetede uygulaması yapması söylenmiş ve gerekeceği anlatılmıştır. İkinci taramada Antibit® veya etken madde olarak permethrin içeren saç kremi (Zalvor®) reçete edilmiş ve birinci taramada olduğu gibi bu ilacı eczaneden alıp tarife göre kullanmaları söylenmiştir.

Üçüncü taramadan sonra öğrencilerin tümüne ailenin sosyoekonomik özelliklerini ve annenin bit konusundaki tutumunu sap-

tamaya yönelik anket formu dağıtılmıştır. Bit kontrolünde ve tedavinin uygulanmasında ailelerin %97.5'inde annelerin sorumlu olduğunu bildiren çalışmalara dayanarak anketlerin eve götürülerek öğrencilerin anneleri tarafından doldurulması istenmiştir (7). Ayrıca, üçüncü tarama sırasında öğrencilere birer küçük kağıt verilerek üzerine ad-soyadlarını ve haftada kaç kez banyo yaptıklarını yazmalarını istenmiş, kağıtlar toplanırken araştırmacılar tarafından çocuğun saç uzunluğuna bakılarak önceden belirlenen kodlamaya göre her öğrencinin saç tipi numarası kendi kağıdına tek tek yazılmıştır. Annelerin doldurması için hazırlanan anket formunda da "çocuğunuz haftada kaç kez banyo yapar?" diye sorulmuş ve annenin ankette verdiği yanıt öğrencinin kağıda yazdığı banyo sayısı ile karşılaştırılmıştır. Anneler tarafından doldurulan 2014 (%97.2) anket formu öğrenciler tarafından geri getirilmiştir. Anket formları toplandıktan sonra üçüncü taramada bit saptanan öğrencilerin kimler olduğu kendilerine bildirilmiş ve öğrencilerin herbirine piyasada mevcut olan Kwell-P®, Zalvor®, Antibit® ilaçlarından birinin reçetesi verilmiştir.

Vaka-kontrol grubunun seçimi: Birinci taramada baş biti ve/veya sirke saptanan öğrencilerin bazılarında daha sonraki taramalarda enfestasyon saptanmazken bazılarında üçüncü taramada da enfestasyon saptanma nedenlerini araştırmak için vaka-kontrol grupları belirlendi. Kontrol grubuna üç taramada da okulda olduğu halde yalnız birinci taramada baş biti ve/veya sirke saptanan 119 öğrenci, vaka grubuna ise her üç taramada veya birinci-üçüncü taramalarda enfestasyon saptanan 73 öğrenci seçildi. Ancak, bu öğrencilerin araştırmaya katılabilmeleri için, anket formlarını geri getirmiş olmaları da gerektiğinden kontrol grubu 98 (%82.4), vaka grubu 69 (%94.5) öğrenci olarak belirlendi. Öğrencinin taramalar sırasında sınıfta bulunup bulunmadığını saptamak için tarama yapılan günlerdeki sınıf yoklama listelerinden yararlanıldı. İstatistiksel analizlerde ki-kare, odds ratio ve lojistik regresyon yapıldı.

Bulgular ve Tartışma: Tarama sırasına göre öğrencilerde baş biti ve/veya sirke saptanma durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Tarama Sırasına Göre Öğrencilerde Baş Biti ve/veya Sirke Saptanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Cinsiyet	Baş biti ve/veya Sirke Saptanma Durumu					
	Var	%	Yok	%	Toplam	%
Birinci Tarama						
Kız	212	21.1	792	78.9	1004	100.0
Erkek	34	3.1	1049	96.9	1083	100.0
Toplam	246	11.8	1841	88.2	2087	100.0
İkinci Tarama						
Kız	151	15.3	838	84.7	989	100.0
Erkek	30	2.8	1024	97.2	1054	100.0
Toplam	181	8.9	1862	91.1	2043	100.0
Üçüncü Tarama						
Kız	154	15.4	846	84.6	1000	100.0
Erkek	15	1.4	1057	98.6	1072	100.0
Toplam	169	8.2	1903	91.8	2072	100.0

Tablo 1'de üç taramada da baş biti ve/veya sirkenin kızlarda erkeklerle göre daha yüksek oranlarda saptandığı görülmektedir ($p < 0.0001$). İstanbul'da ve dünyanın bir çok yerinde yapılan çalışmalarda kızlarda enfestasyonun daha sık olduğu bildirilmektedir (4, 6, 8-16). İlkokullarda görülen baş biti enfestasyonu sıklığında cinsiyete göre fark saptanmadığını bildiren yayınlar da mevcuttur (17, 18).

Her üç taramadaki baş biti ve/veya sirke saptanma durumu karşılaştırıldığında giderek anlamlı bir azalma olduğu izlenmektedir (Linear trend için $\chi^2=15.801$, $p < 0.0001$). Buna göre son taramaya göre ilk taramaya için odds ratio=1.50 (CI%95=1.22-1.86), ikinci taramaya için odds ratio=1.09 (CI%95=0.87-1.37)'dur.

İkinci taramada okuldaki enfestasyon prevalansının %11.8'den %8.9'a düştüğü görülmüştür. Kore'de yapılan bir çalışmada 10 gün ara ile iki kez uygulanan Sumitrin tozu (0.4% phenothrin) tedavisi ile %33.1 olan enfestasyon prevalansının 7 ay sonra %5.4'e düştüğü bildirilmektedir (10).

Araştırmanın yapıldığı okuldaki enfestasyon hızının üçüncü taramada da endemi sınırı kabul edilen %5'in üstünde olmasının bir nedeni olarak, ilk kısım öğrencilerine tarama programına alınmayan orta kısım öğrencilerinden bulaşmanın devam etmesi düşünülebilir. Fakat, orta kısım öğrencileri ile aynı zamanda okulda bulunan sabahçı sınıflarla diğer (öğlenci) sınıflar arasında enfestasyon sıklığı açısından fark saptanmaması bu düşüncenin yersiz olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, yapılan her üç taramada da sınıflar arasında enfestasyon sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Fakat, başka bir çalışmada enfestasyon hızının birinci sınıftan dördüncü sınıfa doğru arttığı ve altıncı sınıfta tekrar azaldığı gösterilmiştir (11). Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise saçında baş biti ve/veya sirke görülen çocuklarla aynı okula devam eden beş yaş altı, birinci ve altıncı sınıflardaki çocuklarda enfestasyona rastlanmadığı bildirilmektedir (4).

Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu'nda yapılan üç taramada da okulda bulunan 1874 öğrenciden saçında bit ve/veya sirke görülenlerin taramalara göre dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Baş Biti Enfestasyonuna Maruz Kalan Öğrencilerin Saçında Bit ve/veya Sirkenin Saptandığı Taramaya Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Tarama	Saçında Bit ve/veya Sirke Saptanan Öğrenci	
	n	%*
Yalnız 1. Tarama	119	6.4
Yalnız 2. Tarama	69	3.7
Yalnız 3. Tarama	66	3.5
1. ve 2. Taramalar	35	1.9
2. ve 3. Taramalar	17	0.9
1. ve 3. Taramalar	29	1.6
1., 2. ve 3. Taramalar	44	2.4
Toplam	379	20.2

*Her üç taramada da okulda bulunan toplam öğrenci sayısı= 1874'tür.

Tablo 2'de başında bit ve/veya sirke saptanan 119 öğrencinin (%6.4) birinci taramadan sonra saçında artık enfestasyona rastlanmadığı buna karşın 35 öğrencide (%1.9) ikinci taramada da bit ve/veya sirke saptandığı, 44 öğrencide (%2.4) her üç taramada da enfestasyonun devam ettiği görülmektedir. Birinci taramada enfestasyon saptanan 29 öğrencide (%1.6) ise enfestasyon iyileşip üçüncü taramada tekrarlamıştır. Baş biti tedavisinde en etkili ilacın hangisi olduğu tartışılmakla beraber yumurtalara %100 etkili bir ilacın olmadığı bildirilmektedir (20-23). Bu çalışmada, tedavi için en etkili, en zararsız ve herkesin alabilmesi için eczanede satılan

en ucuz ilaçlar reçete edilmiştir. Devam eden veya tekrarlayan enfestasyon nedenleri arasında ilaca direnç de söz konusu olabilir (2. 19-26). Bit enfestasyonu tekrarlayan veya devam eden öğrenciler diğer bireyler için enfestasyon kaynağı olmakta, bulaşma açısından büyük bir risk teşkil etmektedirler.

Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde bit enfestasyonuna daha sık rastlandığını, bit mevcudiyetinin annenin eğitimi ile ilişkili olduğunu, babası profesyonel bir meslek sahibi olan çocuklarda enfestasyonun en az görüldüğünü bildiren yayınlar mevcuttur (1. 3, 7, 8, 11). Baş biti enfestasyonunun aynı öğrencide tekrarlama veya sürekliliği ile ilgili riskleri saptamak amacıyla yapılan bu çalışmada, annenin eğitimi, babanın eğitimi, babanın işi, ailenin aylık geliri, evin mülkiyeti gibi sosyoekonomik özellikler ile ilişkili saptanmamıştır ($p>0.05$).

Vaka ve kontrol gruplarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Vaka ve Kontrol Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Cinsiyet	VAKA		KONTROL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kız	67	97.1	78	79.6	145	86.8
Erkek	2	2.9	20	20.4	22	13.2
Toplam	69	100.0	98	100.0	167	100.0

$\chi^2 = 10.85, p < 0.001$

Baş biti enfestasyonun devam ettiği veya tekrarladığı vakaların %97.1'inin kız, %2.9'unun erkek olduğu, buna karşın sadece birinci taramada saçında bit ve/veya sirke saptanan öğrencilerin yani tedavi olan kontrollerin %79.6'sının kız, %20.4'unun erkek olduğu görülmektedir (Tablo 3). Bu çalışmada bit enfestasyonunun iyileşmesi istatistiksel olarak erkek olmak lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Kızlara göre erkeklerin kontrol grubunda olma şansı odds ratio=8.59 (CI%95=1.95-77.74) misli daha fazladır. Tedavide permethrin %1'in kullanıldığı başka bir çalışmada da ilaç kullanımı sonrası iyileşme hızının erkeklerde kızlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (19).

Enfestasyonun devamlılığının veya tekrarının saptandığı çocuklar arasında annesi ev dışında çalışanların (16/ 69) kontrol grubuna (7/ 98) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla sayıda evinde olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8.78, p<0.01$). Annesi ev hanımı olan bir öğrenciye göre annesi ev dışında çalışan bir öğrencinin vaka grubunda olma şansı odds ratio=3.92 (CI%95=1.40-11.34) misli daha fazladır. Bu durumda annenin ev hanımı olmasının bit enfestasyonundan koruyucu olduğu söylenebilir. Bu konuyla ilgili şu sebepler akla gelmektedir; çalışan annelerin çocuklarının saç bakımıyla yeterince ilgilenememeleri ya da çocuğun diğer zamanlarda birlikte kaldığı kişilerin enfestasyon riski taşımaları vb. (8).

Evde yaşayan kişi sayısı ile baş bitinin devamlılığı arasında anlamlı fakat ters bir ilişki olduğu saptanmıştır ($\chi^2=5.39, sd=1, p<0.02$). Araştırmaya katılan öğrenciler arasında evinde 5 ve daha fazla kişi yaşayan bir öğrenciye göre evinde 3-4 kişi yaşayan bir öğrencinin vaka grubunda olma şansının odds ratio=2.15 (CI%95=1.07-4.33) misli daha fazla olduğu bulunmuştur. Kalabalık yaşam veya aile büyüklüğünün bit enfestasyon sıklığını hem artırdığını, hem de artırmadığını bildiren yayınlar mevcuttur (7, 8, 11). Bu araştırma grubundaki çocukların tümü zaten bit enfestasyonuna maruz kaldığından dolayı bu özelliklerle direkt enfestasyon sıklığı arasında ilişki aramak doğru değildir.

Vaka ve kontrol gruplarının saç tipine göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Vaka ve Kontrol Gruplarının Saç Tipine Göre Dağılımı (Ümraniye, 1996-1997).

Saç Tipi	VAKA		KONTROL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
A	2	2.9	19	19.4	21	12.6
B	20	29.0	23	23.5	43	25.7
C	28	40.6	24	24.5	52	31.2
D	19	27.5	32	32.6	51	30.5
Toplam	69	100.0	98	100.0	167	100.0

$\chi^2 = 12.94, p < 0.005$

- A: Saç derisi görünen ve ense görünecek şekilde kısa saç tipi.
 B: Enseyi kapatan veya tepeden kabarık ancak omuzlara ulaşmayan saç tipi.
 C: Omuzlara uzanan saç tipi.
 D: Omuzlardan aşağıya uzanan saç tipi.

Tablo 4'e göre baş biti enfestasyonundaki süreklilik veya tekrarın en az görüldüğü öğrenciler çok kısa (A) tipi saçlı olanlardır (%2.9). Enfestasyonun sürekliliği veya tekrarın A saç tipine göre, uzun (D) tipi saçlılarda 5.64 misli (CI%95=1.12-54.22), B tipi saçlılarda 8.26 misli (CI%95=1.61-79.53) ve C tipi saçlı olan öğrencilerde 11.08 misli (CI%95=2.23-104.67) daha fazla saptanmıştır. C saç tipinin erkekler için orta boy kızlar için kısa boy olarak ifade edilebileceği düşünülürse, başka bir çalışmada bildirilen orta boy saç uzunluğu olan erkekler ve kısa saçlı kızlarda enfestasyonun en fazla olduğu ifadesinin, bu araştırma bulgusuyla uyumlu olduğu söylenebilir (18).

Son bir yıl içinde yapılan taramalar sırasında çocuğun başında bit ya da sirke saptandığı halde anketi yanıtlarak araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubu annelerinin %60.5'i kendisi çocuğunda bit olduğunu farketmediğini belirtmiştir. Baş biti bulaşma açısından temiz ya da kirli saç ayırımı yapmadığı, okul gibi çok kalabalık ortamlarda bulaşmanın çok hızlı olduğu bilindiği halde ailelerin ve bu durumu öğrenen diğer büyüklerinin çocuğa karşı olumsuz davranışlar içine girerek çocukta ruhsal çöküntüye, mutsuzluğa yol açtığını bildiren yayınlar mevcuttur (28). Annelerin bir kısmı çocuğunda baş biti saptanmış olduğu halde kendisini ve çocuğunu okul yöneticilerinin ve eğitimcilerin tepkisinden korumak için bitini hiç farketmediğini belirtmiş olabilir. Yalnız birinci taramada baş biti ve/veya sirke saptanan çocuklarda bit olduğunu farkedene anne oranı (%26.5) baş bitinin süreklilik gösterdiği çocukların anneleri arasında çocuğunda bit olduğunu farkedene anne oranından (%58.0) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($\chi^2=16.67, p=0.00004, OR=0.26, CI\%95=0.13; 0.53$).

Ankette çocuğun saçında bit olduğunu farkedene annelerin cevaplaması istenen "Tedavi için ne yaptınız?" sorusuna yanıt veren 65 annenin 60'ı (%92.3) bit şampuanı kullandığını, diğer 5'i (%7.7) çocuğun saçını kestirdiğini, sık dişli tarakla taradığını, elle ayıkladığını, daha sık yıkadığını ya da doktora götürdüğünü belirtmiştir. Bit şampuanı kullanma açısından vaka ve kontrol grupları arasında fark saptanmamıştır (Fisher kesin ki-kare ile $p>0.05$). Vaka grubunda enfestasyonun tekrarlama ya da devam etme nedeni annelerin herhangi bir şampuanı bit şampuanı yerine kullanmaları ya da doğru şampuanı yanlış kullanmaları, evdeki diğer aile fertlerinin saçında bit olduğu halde bunların tedaviyi uygulamayarak aile içinde bulaştırıcılıklarını sürdürmeleri veya ilaca karşı dirençli varlığı olabilir.

Çocuğun haftada yaptığı banyo sayısı (1, 1'den az, 1'den çok) açısından vaka ve kontrol grupları arasında fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.77, sd=1, p>0.05$). Pek çok yayında bit mevcudiyeti ile kişisel temizlik, şampuanlama, fırçalama ve saçta bit olup olmadığına bakma şeklinde yapılan bit kontrolü arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (1, 7, 8). Bit yumurtaları su geçirmez bit tabaka ile kaplı

olduklarından sadece yıkama ile saçtan uzaklaştırılmadıkları, yıkamanın etkili olabilmesi için fırça ve tarakla iyice tarayarak bu sügeçirmez tabakanın yıpratılması gerektiği belirtilmektedir (21). Bu nedenle bitin saçta yerleşmesini önlemek için en iyi yöntem saçların her gün düzenli olarak fırçalanmasıdır.

Araştırmaya katılan öğrenciler arasında baş bitinin sürekliliği veya tekrarında etkili olabileceği düşünülen öğrencinin devam ettiği sınıf, sabahçı veya öğlenci olması, cinsiyeti, saç uzunluğu, banyo sayısı, evdeki kişi sayısı, annenin çalışma durumu ve annenin biti farketme durumunun incelendiği lojistik regresyon analizi sonucu Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Öğrenciler Arasında Baş Biti Enfestasyonun Sürekliliğine veya Tekrarına Etki Eden Faktörler (Ümraniye, 1996-1997).

Bağımsız Değişkenler	r ²	Odds Ratio	p
<i>Cinsiyet (n=167)</i>			
Erkek	-	-	-
Kız	0.026	9.48	0.0049
<i>Annenin Çalışma Durumu (n=167)</i>			
Ev hanımı	-	-	-
Çalışıyor	0.034	6.22	0.0017
<i>Annenin Biti Farketmesi (n=167)</i>			
Hayır	-	-	-
Evet	0.053	3.88	0.0002

Tablo 5'te baş biti enfestasyonunun sürekliliği ve tekrarı açısından gerçek risk faktörlerinin öğrencinin kız olması, annenin ev dışında çalışması ve annenin biti farketmesi olduğu görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Her üç taramada da baş bitisi ve/veya sirke kızlarda erkeklere göre daha fazla oranda (sırasıyla 6.8, 5.46 ve 11 misli) saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.0001) (Tablo 1). İkişer ay arayı üç kez yapılan baş bitisi taramalarında enfestasyon saptanan öğrenci sayısında giderek bir azalma olmasına karşın (linear trend için ki-kare=15.801, p<0.0001) her üç taramada da başbiti saptanma hızının %5'den yüksek olması, bu okulda baş bitinin salgından ziyade endemik bir enfestasyon olduğunu düşündürmektedir (2). Sınıflar arasında enfestasyon saptanma sıklığı açısından fark bulunmamıştır. Taramaların her üçünde de okulda bulunan 1874 öğrencinin %20.2'sinin bir okul yılı boyunca, en az bir kez bit enfestasyonuna yakalandığı söylenebilir (Tablo 2). Annenin öğrenim durumu, babanın öğrenim durumu, babanın işi, ailenin aylık geliri, evin mülkiyeti ile baş bitisi enfestasyonunun sürekliliği veya tekrarı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın erkek olmak ve annenin ev hanımı olması baş bitisi enfestasyonunun sürekliliğine karşı koruyucu bulunmuştur. Baş bitisi enfestasyonunun devamlılığı açısından evde yaşayan kişi sayısı ile anlamlı fakat ters yönde bir ilişki saptanmıştır. Baş bitisi enfestasyonu süreklilik veya tekrarının en az çok kısa (A) saç tipinde, en fazla orta boy (B) saç tipinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Sürekli veya tekrarlayan enfestasyona maruz kalan öğrencilerin anneleri arasında çocuklarında baş bitisi ve/veya sirke olduğunu farkettilerinin yüzdesi (%58.0), yalnız birinci taramada enfestasyon saptanan öğrenci annelerinin yüzdesinden (%26.5) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak, bu ilişki bir neden sonuç ilişkisi olmayıp, muhtemel olarak, enfestasyona uzun süre maruz kalan çocuklarda baş bitinin anne tarafından görülme şansının artmasından kaynaklanmaktadır. Son olarak yapılan lojistik regresyon analizinde saç uzunluğu ile enfestasyonun sürekliliği veya tekrarı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, kız olmanın en önemli risk faktörü olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Ancak bu çalışmada incelenen değişkenlerle enfestasyonun kızlardaki süreklilik veya tekrarıyla ilgili olarak açıklanamamaktadır. Baş bitisi enfestasyon hızının kızlarda erkeklere göre daha yüksek olma nedenlerinin araştırılması için daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması önerilebilir.

Zübeyde Hanım ilköğretim Okulu'nda endemik olduğu saptanan baş bitisi enfestasyonunun eradikasyonu için daha ciddi önlemler alınması ve daha çok çaba harcanması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu uğraşlar arasında;

1. Bu konuda okuldaki öğrenci velileri ile işbirliği yapılması,
2. Veliler için eğitici seminerler düzenlenmesi,
3. Bit taramalarının daha sık, özellikle okullar açıldığı hafta içinde ve uzun tatillerden önce yapılması,
4. Bit taramalarının eğitilmiş gönüllüler tarafından yürütülmesi (2),
5. Sınıftaki öğrenci velilerinin, öğretmenle daha iyi işbirliği içinde olmaları ve hem de çocuklarına haksızlık yapıldığı düşüncesine kapılmalarını önleyecek şekilde, dönüşümlü olarak taramalarda görev almaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Tümerdem Y. Sağlıklı Okul Çocuğu. Halk Sağlığı II (Toplum Hekimliği). 1992, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Üniversite Yayını No: 3626, Fakülte Yayını No: 183: 300.
2. Clore E.R., Longyear L.A. Comprehensive pediculosis screening programs for elementary schools. J. Sch Health 1990; 60 (5): 212-4.
3. Sarov B., Neumann L., Herman Y., Naggan L. Evaluation of an intervention program for head lice infestation in school children. Pediatr Infect Dis J, 1988; 7 (3): 176-9.
4. Ebomoyi E. Pediculosis capitis among primary school children in urban and rural areas of Kwara State, Nigeria. J. Sch Health 1988; 58 (3): 101-3.
5. Courtiade C., Labreze C., Fontan I., Taieb A., Maleville J. [Pediculosis capitis: a questionnaire survey in 4 schools of the Bordeaux Academy 1990-1991]. Ann Dermatol Venereol 1993; 120 (5): 363-8.
6. Aydemir H., Ünal G., Kutlar M., Onsun N. Pediculosis capitis in İstanbul. Int. J. Dermatol 1993; 32 (1): 30-2.
7. Mumcuoğlu K.Y., Miller J., Gofin R., Adler B., Ben-Ishai F., Almog R., Kafka D., Klaus S. Head lice in Israeli children: parents' answers to an epidemiological Questionnaire. Public Health Rev. 1990-91; 18 (4): 335-44.
8. Ebomoyi E.W. Pediculosis capitis among urban school children in Ilorin, Nigeria [abstract]. J. Natl Med Assoc 1994; 86 (11): 861-4.
9. Suleman M., Fatima T. Epidemiology of head lice infestation in school children at Peshawar, Pakistan. J. Trop Med. Hyg. 1988; 91 (6): 323-32.
10. Ree H.I., Yong T.S., Shin H.J., Shin C.O., Lee I.Y., Seo S.A., Seo J.H., Chang J.K., Lee D.H., Im K.I. Mass treatment of head louse infestation with Sumitrin powder in primary school in Korea [abstract]. Kisaengchunghak Chapchi 1992; 30 (4): 349-54.
11. Gbakima A.A., Lebbie A.R.: The head louse in Sierra Leone: an epidemiological study among school children, in the Njala area [abstract]. West Afr J. Med. 1992; 11 (3): 165-71.

12. Çöl M., Çalışkan D. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki bir ilkokulda baş biti prevelansı. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı 1992: 52.
13. Bharija S.C., Kanwar A.J., Sing G., Belhaj M.S. Pediculosis capitis in Benghazi, Libya. A school survey. *Int. J. Dermatol* 1988; 27 (3): 165-6.
14. Fan P.C., Chung W.C., Kuo C.L., Hsu H.M., Chow C.Y. Present status of head louse (*Pediculosis capitis*) infestation among school children in Yunlin County, Taiwan [abstract]. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih* 1991; 7 (4): 151-9.
15. Fan P.C., Chao D., Lee K.M., Chan C.H., Liu H.Y. Chemotherapy of head louse (*Pediculus humanus capitis*) infestation gamma benzene hexachloride (gamma-BHC) among school children in Szu-Hu District, Yunlin County, Central West Taiwan [abstract]. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)* 1991; 48 (1): 13-9.
16. Hong H.K., Kim C.M., Lee J.S., Lee W.J., Yang Y.C. Infestation rate of head lice in primary school children in Incheon, Korea [abstract]. *Korean J. Parasitol* 1995; 33 (3): 243-4.
17. Mumcuoğlu K.Y., Klaus S., Kafka D., Teiler M., Miller J. Clinical observations related to head lice infestation. *J. Am Acad Dermatol* 1991; 25 (2 Pt 1): 248-51.
18. Mumcuoğlu K.Y., Miller J., Gofin R., Adler B., Ben-Ishai F., Almog R., Kafka D., Klaus S. Epidemiological studies on head lice infestation in Israel. I. Parasitological examination of children. *Int. J. Dermatol* 1990; 29 (7): 502-6.
19. Fan P.C., Chung W.C., Kuo C.L., Lin C.Y., Hsu H.M., Chuang C.H., Chow C.Y. Evaluation of efficacy of four pediculicides against head louse (*Pediculosis capitis*) infestation [abstract]. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih* 1992; 8 (5): 255-65.
20. Berkow R. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 5th ed. Rahway N.J.: Merck (CO.INC, 1987: 2273-4.
21. Sutkowski K. Tackling headlice. *Health Visitor* 1989; 62 (3): 96-7.
22. Vander Stichele R.H., Dezeure E.M., Bogaert M.G. Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head lice. *B.M.J.* 1995; 311 (7005): 604-8.
23. Donnelly E., Lipkin J., Clore E.R., Altschuler D.Z. Pediculosis prevention and kontrol strategies of community health and school nurses: a descriptive study. *J. Community Health Nurs* 1991; 8 (2): 85-95.
24. Rapes V., et all. A resistance of head lice (*Pediculosis capitis*) to permethrin in Czech Republic. *Cent Eur J. Public Health* 1995; 3 (1): 30-2.
25. Chosidow O., et all. Controlled study of malathion and d-Phenothrin lotions for *Pediculus humanus var capitis*-infested schoolchildren. *The Lancet* 1994; 344 (8339-8940): 1724-7.
26. Burgess I.F., Brown C.M., Burgess N.A. Synergized pyrethrin mousse, a new approach to headlice eradication: efficacy in field and laboratory studies. *Clin. Ther* 1994; 16 (1): 57-64.
27. Tezcan S. *Epidemiyoloji. Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1992: 62-5.
28. Mumcuoğlu K.Y. Head lice in drawings of kindergarten children [abstract]. *Isr. J. Psychiatry Relat Sci.* 1991; 28 (1): 25-32.

HACETTEPE HALK SAĞLIĞI VAKFI-İLYARDIM EĞİTİCİ EĞİTİMİ

Dr. Ali Naci YILDIZ (MSc), Doç. Dr. Şevkat BAHAR, Prof. Dr. Nazmi BİLİR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Ülkemizde ilkyardım eğitimi veren çeşitli kurum ve kuruluş vardır, ancak ilkyardım eğitimi verecek eğitimcilerin eğitimi konusunda organize bir çalışma yoktur. Toplumla verilen ilkyardım eğitim programları arasında süre ve içerik açısından farklılıklar vardır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı çatısında faaliyet gösteren Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, gerek ilkyardım eğitimcilerinin eğitimi gerekse topluma yönelik ilkyardım eğitimi konusunda standart bir yöntem geliştirmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde ilkyardım konusunda eğitici yetiştirmek üzere bir eğitim programı başlatarak bu alanda yeni bir aşamayı gerçekleştirmiştir. Aktif eğitim tekniklerinin kullanıldığı eğitim 10 iş günü sürmekte ve katılımcıların ilkyardım bilgisi ve uygulama becerisi ile eğitimcilik performanslarının geliştirilmesi hedeflenmektedir.

ABSTRACT

There are different associations and institutions which give first aid training in our country. However, there is not any organized study regarding the training of trainers who give first aid training. There are differences among the first aid training programs given to the public in terms of its duration and content. Hacettepe Public Health Foundation has started a new training program for the training of trainers in field of first aid not only for training of first aid trainers but also for developing a standard method for first aid training directed to the public and it has achieved a new phase in that field with the cooperation of WHO. Training takes 10 working days in which interactive training skills are used and it is aimed to develop first aid knowledge and implementation skills of the participants with their training performance.

Giriş: Toplumun ilkyardım konusunda eğitiminin gerekliliği ve önemi açıktır. Şoförler, polisler, ağır ve tehlikeli işlerde çalışan işçiler, itfaiyeciler gibi risk grupları başta olmak üzere toplumun tamamını ilgilendirmesi, ölümleri, sakat kalmayı ve işgücü kayıplarını azaltması nedeni ile ilkyardım önemli bir halk sağlığı konusudur. İkyardım uygulamalarını bilen, doğru olarak uygulayabilen kişilerin sayısının artırılması, ülke genelinde ilkyardım eğitimi ve uygulamalarına yönelik organizasyonun gerçekleştirilmesi halk sağlığı çalışmalarında önemli yer tutmalıdır.

Türkiye’de ilkyardım hizmetlerindeki yetersizlikler nedeni ile çok sayıda insan yaşamını yitirmekte, yaşamlarını özürü olarak sürdürmek durumunda kalmakta, iyileşmeleri güçleşmektedir. Nüfusu 1997 yılında 62.6 milyon olan Türkiye’de son on yılda her yıl ortalama 240.000 trafik kazası meydana gelmekte, 6.000-7.000 kişi ölmekte ve 70.000-111.000 kişi yaralanmaktadır. İş kazalarında da her yıl yaklaşık 1.200 kişi ölmekte, 3.500 sürekli iş görmezlik, 2 milyon iş günü kaybı oluşmaktadır.

Zamanında ve doğru şekilde, standartlaştırılmış ilkyardım uygulamaları ile ölümleri ve sakatlanmaları azaltma imkanı vardır. Ancak eğitim konusunda ileri düzeylerde olan ülkelerde bile suni solunum ve kalp masajı konusunda eğitim almış kişiler toplumda %10 düzeyindedir. Ülkemizde ise bu konuda sağlıklı veriler yoktur. İli ve ilçeler düzeyinde 1993 yılında motorlu taşıt kazalarında 2.625, diğer kazalarda 2.983 kişi ölmüştür.

Türkiye’de topluma yönelik olarak ilkyardım eğitimi veren çeşitli kurum ve kuruluş vardır, ancak ilkyardım eğitimi verecek eğitimcilerin eğitimi konusunda organize bir çalışma yoktur. Toplumla verilen ilkyardım eğitim programları arasında süre ve içerik açısından farklılıklar vardır. Bu farklılığın önemli nedeni eğitimcilerin "ilkyardım Eğitici" statüsünde olmamasıdır. Eğitimcilerin eğitim becerileri, bilgi ve uygulama becerilerinin doğru ve güncel olması, eğitim programının etkinliği, eğitim tekniklerinin ve eğitim malzemelerinin yetkin düzeyde olması gerekmektedir. Böylece kalkınma uğraşları içinde olan ülkemizde bu konuda başarı sağlanmasında önemli bir adım atılmış olacaktır.

Yaklaşık on yıldan beri toplumun değişik alanlarında bu arada mevzuhiyet öncesi öğrencilerin ilkyardım eğitimi çalışmalarını sürdüren ve konu ile ilgili yayınları olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı çatısında faaliyet gösteren Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, gerek ilkyardım eğitimcilerinin eğitimi gerekse topluma yönelik ilkyardım eğitimi konusunda standart bir yöntem geliştirmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliğine geçerek ilkyardım konusunda eğitici yetiştirmek üzere bir eğitim programı başlatarak bu alanda yeni bir aşamayı ve yaklaşımı gerçekleştirmiştir.

Amaç:

- 1-İlkyardım eğitimcilerinin eğitimi konusunda standart bir yöntem geliştirmek, bu eğitim modeli ile ilkyardım eğitimcisi yetiştirmek.
- 2-Toplumla yönelik ilkyardım eğitimi konusunda standart bir yöntem geliştirmek, ilkyardım eğitimlerinin bu eğitim paketi ile sürdürülmesini sağlamak
- 3-Toplumda ilkyardım eğitimini yaygınlaştırmak.

Yöntem: Katılımcılar: Toplumla yönelik ilkyardım eğitiminin Tabip Odaları işbirliği ile yapılması görüşünden hareketle katılımcı hekimler Tabip Odalarınca belirlenmektedir.

Yılda iki kez (Haziran ve Aralık aylarında) yapılan eğitim programı bu güne kadar 4 kez (Haziran 1996, Aralık 1996, Haziran 1997, Aralık 1997) gerçekleştirilmiş olup toplam 43 hekim, ilkyardım eğitimcisi sertifikası sahibi olmuştur. Katılımcılar Tabip Odalarına başvuran hekimler arasından seçilmiştir. Üç ilde 45 hekim bu eğitime katılmıştır. Eğitim grupları 10-12 kişiden oluşmaktadır. Hekimler uzman ya da pratisyendir, çoğunluğu işyeri ya da kurum hekimi olarak birinci basamak sağlık hizmet birimlerinde çalışan hekimlerdir.

Eğitim: Eğitim programının gerçekleştirilmesinde başlangıç olarak ilkyardım eğitimi için standart bir eğitim paketi geliştirilmiştir. Bu eğitim paketi Şekil 1’deki bileşenlerden oluşmaktadır.

Eğitim süresince katılımcıların ilkyardım bilgisi ve uygulama becerisi ile eğitimcilik performanslarının geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Eğitim 2 hafta (10 iş günü, 60 saat) sürmektedir. Kursun başlangıcında tanışma bölümünü takiben katılımcıların beklentileri saptanmakta ve eğitimin hedefleri ile karşılaştırılarak katılımcıların eğitim programına motivasyonları sağlanmaktadır. Program katılımcı eğitim teknikleri kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Katılımcıların toplum düzeyinde sürdürecekleri ilkyardım eğitiminde de aynı teknik-

leri kullanmaları ve bu konuda beceri kazanmaları hedeflenmektedir.

Kurs programı birer haftayı (5 iş günü) kapsayan, başlıca iki bölümden oluşmaktadır.

Eğitim programının birinci haftasında ilkyardım bilgilerinin standardizasyonu ve uygulama becerilerinin kazandırılması gerçekleştirilmiştir. İlkyardımın tanımı ilkeleri, ilkyardım eğitiminde hedef gruplar, ilkyardım örgütlenmesi, ülkemizde ilkyardım eğitimi, ilkyardım eğitiminde kullanılan eğitim malzemeleri, işyerlerinde ilkyardım örgütlenmesi ve sağlıkçı işçi, kaza epidemiyolojisi başlıklı dersler katılımcı eğitim teknikleri kullanılarak, tartışmalı olarak yapılmaktadır.

Bu dersleri takiben katılımcılar ilkyarımda temel uygulamalarla ilgili grup çalışmaları yapmakta ve bu çalışmalarını sunmaktadır, her uygulama ile ilgili sunumu takiben eğiticiler tarafından ilkyarımda temel uygulamalar için hazırlanan basamaklandırılmış öğrenim rehberleri (check-list) kullanılarak demonstrasyon yapılmaktadır. Bu çalışmalar kaynak kitaplar doğrultusunda sürdürülmektedir.

Birinci haftanın ağırlıklı çalışmaları ilkyarımda temel uygulamalardır. Bu pratik çalışmalar sırasında her bir katılımcı her uygulamayı en az 5 kez tekrarlamaktadır. Bu tekrarlar öğrenim rehberlerinin her bir basamağı için belirlenen, performans düzeyleri derecelendirilerek önce katılımcıların eşleşerek çalışması ile daha sonra eğitici tarafından her bir katılımcının öğrenmesi değerlendirilmektedir. Performans düzeyleri; geliştirilmesi gerekir (basamağın hiç uygulanmaması veya hiç uygulanmaması), yeterli (basamağın doğru ve sırasında uygulanması ancak eksikliklerin olması ve / veya eğiticinin yardımına ve ya hatırlatmasına ihtiyaç duyması) ustalaşmış (basamağı duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması) seçeneklerinden biri ile değerlendirilmektedir. Uygulamalar başta Resuscie-Anne marka mankenler olmak üzere 200 slaytlık slayt serisi sargı, atel gibi bir çok malzeme ile gerçekleştirilmektedir. Böylece birinci haftanın sonunda bilgilerin güncelleşmesi, bilgi standardizasyonu ve uygulama becerisi sağlanmaktadır.

Birinci haftanın son oturumunda eğiticiler kontrol listelerini kullanarak katılımcıları değerlendirmekte ve katılımcıların ustalaşmış performans düzeyinde olmalarını beklemektedirler.

Kursun ikinci haftasında insanlar nasıl öğrenir, yetişkin eğitimin özellikleri, katılımcı eğitim teknikleri, eğitimin değerlendirilmesi, olumlu eğitim atmosferi yaratma, görsel işitsel eğitim malzemesi hazırlama gibi derslerin yanısıra ağırlıklı olarak pratik uygulama ve grup çalışmalarına dayanan koçluk becerisi, demonstrasyon becerisi, sunum becerisi çalışmaları yapılmaktadır. Eğitim becerileri uygulamaları her bir uygulama için hazırlanan kontrol listeleri aracılığı ile gerçekleştirilmekte ve değerlendirilmektedir. Bir hedef grup için eğitim programı tartışması yapılmaktadır. Böylece katılımcılar, katılımcı eğitim becerilerini kazanmış olmaktadır. Kursun son günü her bir katılımcı ilkyardım bilgi ve uygulama becerileri ile eğitim becerisini birlikte gösterebileceği bir sunum gerçekleştirmektedir.

Değerlendirme: Ön test ve son test uygulamaları ile kursun değerlendirilmesi yapılmaktadır. Son test uygulaması ile kursun etkinliği değerlendirilirken son gün yapılan sunum becerisi ve son test değerlendirmesi ile katılımcıların başarıları değerlendirilmektedir. Ön test ve son test sonuçları ilkyardım konu başlıklarına göre grup ve bireysel performans çizelgeleri katılımcılarla paylaşılmaktadır.

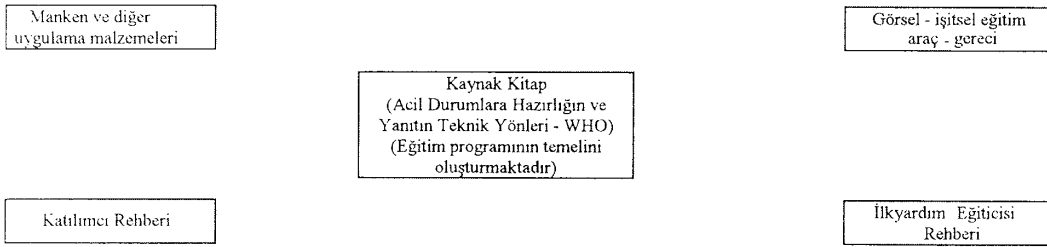
Her günün sonunda o günün ve kurs sonunda kursun tamamının değerlendirilmesi yapılmaktadır. Kurs sonunda katılımcıların dersleri ve etkinlikleri değerlendirmeleri, görüş ve önerilerini belirtmeleri istenmektedir. Eğiticiler, her kursun sonunda bu görüş ve öneriler doğrultusunda kurs programının aksayan yönlerini değerlendirmekte ve düzeltmektedirler.

Eğitimi başarı ile tamamlayan hekimlere 5 yıl süre ile geçerli "İlkyardım Eğitici" sertifikası verilmektedir. Bu sürenin sonunda hizmet içi ve sürekli eğitim çalışmaları planlanmıştır.

Sonuç: Bu eğitim çalışması değişik kurum ve kuruluşlar tarafından ilgi ile karşılanmış, katılım için talep giderek artmıştır. Tabip Odaları yanısıra diğer kurumlardan da talepler olmaktadır. Programın sürekliliği amaçlanmakta ve buna göre planlama yapılmaktadır.

Bu güne kadar eğitim alan eğiticiler Tabip Odalarında "İlkyardım Eğitimi Komisyonu" oluşturmuşlardır. Bu komisyon ilkyardım eğitimi talep eden çeşitli kuruluşlara ilkyardım eğitimi vermişlerdir. Bu şekilde 10-12 kişilik gruplarla 12 kurs açılmıştır. Bu kurslarda aktif eğitim teknikleri kullanılmış, belirlenen standartlar doğrultusunda çalışmalar yürütülmüştür.

Şekil 1: İlkyardım Eğitici Eğitimi Paketinin Bileşenleri.



ADANA İLİNDE ACİL HİZMETLER PROGRAMI

Dr. Talat BAHÇEBAŞI¹, Dr. Turgut ARPACI¹, Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ¹, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE², Dr. Yalçın ERTAŞ³, Prof. Dr. Muhsin AKBABA³

¹Adana İl Sağlık Müdürlüğü

²Sağlık Bakanlığı, Ankara

³Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Adana

ÖZET

Adana ili tarım, sanayi ve ticaretin cazibesi nedeni ile yoğun göç alan, bu nedenle: düzensiz altyapısıyla 1.823.650 insanın yaşadığı büyükşehirlerimizdendir. büyükşehirde yaşayan toplumun özellikleri, ortamdaki ve sanayileşmeye bağlı olarak arıyan çevresel etki ile gelişen çeşitli olaylarda ve insan hayatını tehlikeye atan durumlarda: kurtarma, ilk yardım, acil tedavi, transport, tıbbi müdahale büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde olduğu gibi Adana ilinde de acil hizmetleri sağlık sisteminin içinde yeterli düzeyde gelişmemiştir. Bu nedenle 1996 yılında ilimizde, acil hizmetlerinin organizasyonu amaçlanmıştır.

Kurtarma için bir çok kurumda alet olmasına rağmen kullanılmadığı, acil yardım hizmetleri konusunda yeterli bir eğitimin olmadığı sadece sürücü kurslarında yetersiz olarak verilen ilk yardım derslerinin olduğu ve ilk yardımın bu eğitimle yapılması durumunda hastaya daha fazla zarar vereceği gözlemlendi. Acil tedavi hizmetlerinin ve hasta transportunun uygun nitelikli olmadığı fakat çeşitli kamu ve özel kuruluşlara ait 73 adet çeşitli niteliklerde ambulansın bulunduğu, bu ambulansların % 87'sinin özelliklerinin uygun olmadığı, atıl ve amacı dışında kullanıldığı yine bu sistem için tahsis edilen 112 numaralı telefonların da çalışmadığı gözlemlendi.

Acil hasta kabul eden 12 hastanede 1.883 yatak kapasitesi olup acil servislerde 161 yatak, yoğunbakım ünitelerinde 97 yatak olduğu, acil servislerde uzman ekiplerin görev almadığı tüm bu olumsuzluklara rağmen 1996 yılı içerisinde 517.776 kişinin acil servisten yararlandığı gözlemlendi.

Acil hizmetlerin organizasyonu birinci basamak hizmeti olarak kabul edilen hastane Öncesi çalışmalar: kurtarma, ilk yardım, acil tedavi ve hasta transportu olarak; ikinci basamak hizmeti olarak kabul edilen hastane döneminde ise, acil servisler, yoğun bakım üniteleri, diğer servisler, hastaneler arası hasta transportu olarak değerlendirilen tüm bu hizmetlerin koordine edildiği bir Komuta ve Kontrol Merkezinden oluşmaktadır. Acil hizmetlerin sunulması sektörler arası iş birliği gerektiren multidisipliner yaklaşımlarla çözümlenebilecekse de koordinasyonunun sağlık müdürlükleri tarafından yapılması gereklidir.

Halkımızın İlk Yardım konusunda eğitilmesinin kısa vadede çözümlenmesinin zor olduğu bir gerçektir. Bu nedenle eğitim setleri oluşturularak, basın, okullar ve benzeri imkanlarla halkımıza ulaştırılmalıdır.

Kurtarma hizmetleri konusunda Belediyeler, Emniyet, Jandarma, İtfaiye, Şoförler ve Otomobilciler Derneği ile işbirliği gerçekleştirilmelidir.

Acil yardım hizmetleri il merkezinde nüfus yoğunluğu, acil ünitesi olan sağlık kuruluşlarına olan uzaklığı gibi kriterlerin dikkate alındığı olay mahaline ilk 4-5 dakikada ulaşabilmek için 14 İlk Yardım İstasyonu gereklidir.

İlk Yardım İstasyonlarında 24 saat hizmet veren enaz 1 Standart donanımlı ambulans, doktor, hemşire ve şoförden oluşan personeli, bunların konuşlanacağı bir hizmet binasına, haberleşme sistemine, sürekliliğini sağlayacak bir finans sistemine ihtiyaç vardır.

Hastane acil servisleri yeniden düzenlenmeli çağdaş sağlık hizmeti sunabilecek düzeye getirilebilecek fizik yapısı, tıbbi donanım, personel düzenlenmesi yapılarak, yoğun bakım üniteleri sayısı artırılmalı, kaliteleri yükseltilmeli, servislerin iç düzenlemeleri yapılmalıdır. Tüm hastaneler arasında koordinasyon sağlanmalı ve hastaneler arası hasta transportta mutlaka sağlık personeli olan ambulanslar kullanılmalıdır.

Acil hizmetler programı Adana ilinde bölümler halinde 1997 yılında uygulanmış 371 kişi kurtarma, 5541 kişi acil yardım hizmetlerinden, 382.978 acil servisten ve yoğun bakım ünitelerinden yararlanmıştır.

Ölümlü yaşam arasındaki insanın bu çok önemli anında yanında olmayı gerektiren acil hizmetlerin içindeki tüm birimler gerekli düzenlemeyi süratle gerçekleştirmelidir.

SUMMARY

EMERGENCY SERVICES (ESs) IN ADANA PROVINCE

Talat BAHÇEBAŞI MD¹, Turgut ARPACI MD¹, Hakan DEMİRHİNDİ MD PhD.¹, M. Rifat KÖSE MD², Yalçın ERTAŞ MD³, Professor Muhsin AKBABA MD³

¹Adana Provincial Health Directorate

²Health Ministry, Ankara

³Çukurova University, Medical Faculty, Public Health Department, Adana

Adana Province, with a population of 1.823.650, is one of the largest cities of Turkey, with a great amount of immigration, because of its attractiveness due to agriculture, industry and trade activities. Rescue, first-aid, emergency treatment, transportation and medical interventions have a great importance due to population characteristics, environmental factors, especially related to industrial development.

For the ESs had not been sufficiently developed as in other parts of the country, an organization of ESs has been planned in 1996.

It has been detected that the equipment present in many health establishments had not been used, in addition to the lack of education for first-aid except a superficial knowledge provided during driving license courses, that provides harm rather than benefit to the victims of accidents. Neither emergency treatment services nor patient transportation were adequate in quality in spite of the presence of 73 private or public ambulance among them 87% were not adequate or inactive or were used out of aim. The 112-emergency-telephone service, although present, was out of use.

Pre-hospital activities constitute the first level services while hospital activities such as emergency units, intensive care units,

other units and inter-hospital transportation constitute the second level services. A command and control center coordinates all these levels. The supply of ESs can be handled by an inter-sectoral cooperation with a multidisciplinary approach, the coordination by Provincial Health Directorates is recommended.

It is obvious that the education of the community about first-aid cannot be resolved in a near future. Hence, a series of education activities directed to the community, with the help of the press, the schools and the similar media.

The cooperation of the Municipalities, the police, the gendarme, the fire department and "the association of drivers and automobilists" is requested for rescue services.

A total of 14 First-Aid-Stations have been established counting on an arrival time to the place of emergency of 4 to 5 minutes, planned according to the population density or distance to the health establishments that incorporate an emergency unit.

It is also required a set acting for 24 hours consisted of at least one ambulance with standard equipment, a physician, a nurse and a driver, a service building where to emplace, a communication system and a financial support to preserve the community of the system.

It is necessary to reorganize the emergency units of the hospitals to serve according to the modern needs, with adequate physical structure, medical equipment and staff employment; in addition to increase the quantity and the quality of intensive care units, and to reorganize internally the services. Inter-hospital coordination should be provided and inter-hospital transportation should be performed by ambulances equipped with health staff.

ESs have been started in Adana Province in different stages in Adana Province in different stages and have covered 371 people for rescue, 5541 people for first-aid, 382978 people for Emergency of Intensive Care Units.

All units of ESs required for this very critical moment between death and live, should be immediately and appropriately organized.

Giriş: Adana ili tarım, sanayi ve ticaretin cazibesi nedeni ile yoğun göç alan, bu nedenle; düzensiz altyapısıyla 1.823.650 insanın yaşadığı büyükşehirlerimizdendir. büyükşehirde yaşayan toplumun özellikleri, ortandan ve sanayileşmeye bağlı olarak artan çevresel etki ile gelişen çeşitli olaylarda ve insan hayatını tehlikeye atan durumlarda; kurtarma, ilk yardım, acil tedavi, transport, tıbbi müdahale büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde olduğu gibi Adana ilinde de acil hizmetleri sağlık sisteminin içinde yeterli düzeyde gelişmemiştir. Bu nedenle 1996 yılında ilimizde, acil hizmetlerinin organizasyonu amaçlanmıştır.

Acil yardım ve kurtarma hizmetleri yasalar içinde Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin görevleri arasında tanımlansada genel bakım ambulans var mı? var, o halde.....! sorun yok tarzında olmuştur. Ülkemizde acil yardım eğitimini 1995 yılına kadar hiç bir eğitim kurumu ciddi olarak ele almamıştır. Son yıllarda büyük şehirlerde kısmi ve sınırlı uygulamalarla resmi veya özel kuruluşlar tarafından yürütülmeye çalışılmakta bu konuda kullanılan afet ekipmanlarının olmasına rağmen personelin yeterli düzeyde eğitiminin olmayışı bu konudaki sorunları devam ettirmektedir.

Acil yardım ve kurtarma hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve belediyelerle sınırlı kalmış fakat uygulamaya, Üniversiteler, İçişleri Bakanlığı (Emniyet, Jandarma), Bayındırlık Bakanlığı, gönüllü kuruluşlar, mesleki odalar vb gibi kuruluşların koordine edilmesi gerekmektedir. Her ülke hatta her il yerel özelliklerine göre kendi bölgesinde programlar geliştirilmelidir, doğal olarak bu işin lokomotifli Sağlık Bakanlığının ildeki temsilcisi İl Sağlık Müdürlüğü olmalıdır.

Yöntem ve Metod: Adana ilinde acil hizmetlerin durumu tespit edilmiş, dünya da gelişmiş ülkeler olarak tespit edilen ABD ve Almanya'daki uygulamalar dikkate alınarak Adana iline özgü acil hizmetler programı geliştirilmiştir.

Acil hizmetler programı hastane öncesi ve hastane dönemi olmak üzere 2 basamaklı olarak değerlendirilmiştir. Her aşamada uygulamaya konulmuş olsada öncelik hastane öncesi döneme verilmiştir. 1997 yılı başında hastane öncesi dönem tamamen yeniden oluşturulmuş, hastane dönemi için reorganizasyon çalışmalarına başlanmıştır.

Bulgular: Adana ilinin Acil Hizmetlerindeki Durumu: Kurtarma için bir çok kurumda alet olmasına rağmen kullanılmadığı, acil yardım hizmetleri konusunda yeterli bir eğitimin olmadığı sadece sürücü kurslarında yetersiz olarak verilen ilk yardım derslerinin olduğu ve ilk yardımın bu eğitimle yapılması durumunda hastaya daha fazla zarar vereceği gözlemlendi. Acil tedavi hizmetlerinin ve hasta transportunun uygun nitelikli olmadığı fakat çeşitli kamu ve özel kuruluşlara ait 73 adet çeşitli niteliklerde ambulansın bulunduğu, bu ambulansların %87'sinin özelliklerinin uygun olmadığı, atıl ve amacı dışında kullanıldığı yine bu sistem için tahsis edilen 112 numaralı telefonların da çalışmadığı gözlemlendi.

Acil hasta kabul eden 12 hastanede 1883 yatak kapasitesi olup acil servislerde 161 yatak, yoğunbakım ünitelerinde 97 yatak olduğu, acil servislerde uzman ekiplerin görev almadığı tüm bu olumsuzluklara rağmen 1996 yılı içerisinde 517.776 kişinin acil servislerden yararlandığı gözlemlendi.

Adana ilinde Acil Hizmetler Programı: Acil hizmetlerin organizasyonu birinci basamak hizmeti olarak kabul edilen hastane Öncesi çalışmalar: kurtarma, ilk yardım, acil tedavi ve hasta transportu olarak; ikinci basamak hizmeti olarak kabul edilen hastane döneminde ise, acil servisler, yoğun bakım üniteleri, diğer servisler, hastaneler arası hasta transportu olarak değerlendirilen tüm bu hizmetlerin koordine edildiği bir Komuta ve Kontrol Merkezinden oluşmaktadır. Acil hizmetlerin sunulması sektörler arası iş birliği gerektiren multidisipliner yaklaşımlarla çözümlenebilecekse de koordinasyonunun sağlık müdürlükleri tarafından yapılması gereklidir.

Acil hizmetler programı, 2 ana başlık halinde değerlendirildiğinden;

- 1) Hastane öncesi dönem
 - * İlk yardım
 - * Kurtarma
 - * Acil tedavi
 - * Transport
 - * Olağan dışı durumlar
- 2) Hastane dönemi
 - * Acil üniteler
 - * Reanimasyon
 - * Yoğun bakım üniteleri
 - Kardiyoloji
 - Cerrahi
 - Yanık üniteleri
 - * Ameliyathaneler
 - * Servisler
 - * Hastane arası transport

Hastane Öncesi Dönem: İlyardıım: Kişilerin sağlık eğitimi görsün görmesin her türlü koşulda yapılması gereken bir uygulama bütünüdür. Toplumumuzda, yeterli bilgilendirme yapılmaması nedeniyle ilk yardım, hastaya zarar vererek sağlanmaktadır. Bu nedenle topluma yeterli ilk yardım eğitimi verilmelidir. Eğitim çalışmalarının kısa ve ivedi çözümlenemeyeceği bir gerçektir. Bu nedenle eğitim setlerinin oluşturulması ve fabrikalar, okullarla işbirliği yapılarak sürekli eğitim yapılmalıdır.

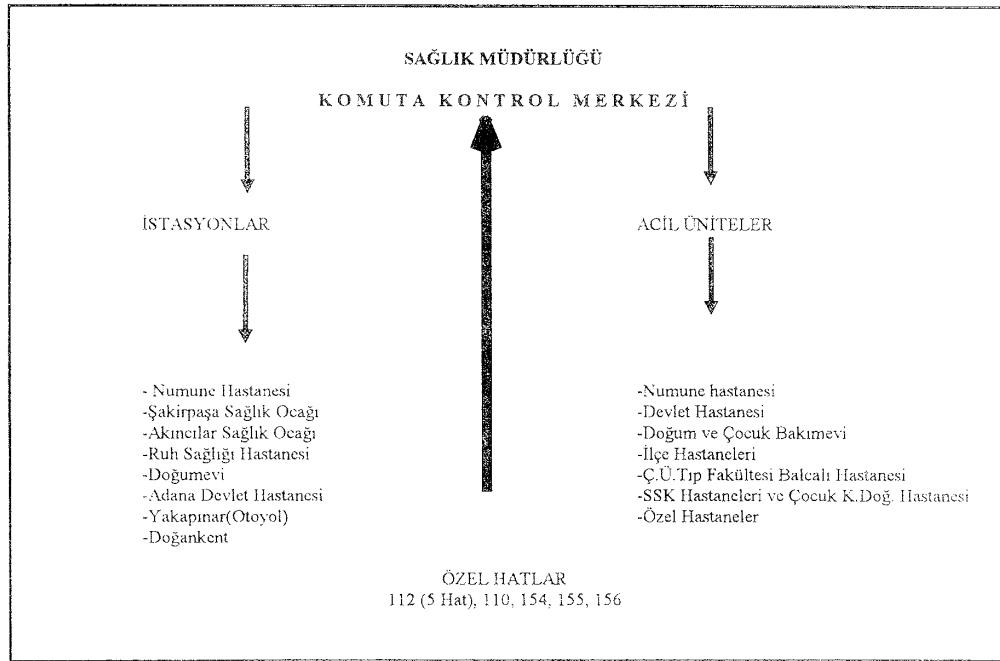
Kurtarma Hizmetleri için belediye (İtfaiye), emniyet, jandarma, şoför ve otomobilciler derneğinde bulunan ekipmanların 24 saat kullanılabilir ve olay mahaline ulaştırılması sağlanmalıdır.

Acil tedavi ve transport işlemleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde tüm hizmetlerin bir komuta kontrol merkezinden yürütülmesinin uygun olacağı kentin nüfus yoğunluğu, acil üniteleri olan sağlık kuruluşlarına uzaklığı ve trafik durumu gibi kriterler dikkate alındığında komuta merkezine bildirim ulaştıktan sonra olaya (Kaza, hasta) ilk 3-4 dakikada ulaşabilmesi için şehir mevkiinde muhtelif yerlerde 14 ilk yardım istasyonuna gerek vardır. İstasyonların oluşturulabilmesi için uygun binaların seçilip, fiziki altyapılarının oluşturulması, haberleşme sisteminin; telefon, telsiz sistemlerinin ve bilgi işlem sistemlerinin kurulması, bu istasyonlarda hareket kabiliyeti yüksek en az 1 standart donanıma sahip ambulansın sağlanması.

Acil tedavi ancak belirli eğitim basamaklarından geçmiş ve yasalarla sağlık mesleğini sürdürme hakkı verilmiş (Dr., Hemşire, S.M) kişilerce tanınan yasal sınırlar içerisinde yapılan uygulamadır. Bu nedenle; her ambulansda 24 saat hizmet veren 1 doktor, 1 hemşire ve bir şoför bulundurulmalıdır.

Adana ilinde 1997 yılı başında uygulanan çalışmanın şeması şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1 Adana İlnde Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Organizasyon Şeması



Bu sistemin kullanılabilmesi için öncelikle Valilik, Özel İdare, Emniyet, Jandarma, Belediye, SSK, Üniversite, Özel ve Resmî Hastaneler, Şoför ve Otomobilciler Derneği ve diğer gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır.

Haberleşme sistemi oluşturulurken Telsiz Genel Müdürlüğünden izin alınmalıdır. Bu sistemde çalışacak personelin eğitimi konusunda hastanelerde görev yapan uzman hekimlerden, ÇÜ Tıp Fakültesi ve İncirlik Amerikan Üssünden yararlanılmış ve hizmet içi eğitimlere sürekli devam edilmektedir.

Olağan Dışı Durumlar: Nerede ne zaman gelişebileceği ve bir çok kişiyi etkisine alabilecek durumlarda eldeki imkanların tamamının kullanılabilmesi için özel bir program geliştirilmelidir.

Hastane Dönemi: Hastane acil servisleri fiziki yapıları çağdaş sağlık hizmeti sunabilecek düzeye getirilmeli, tıbbi donanımı hastanenin kadro yatağına uygun hale getirilmeli, acil servislerde çalışan personelin özel eğitime alınması sağlanmalı, özellikle cerrahi, kadın doğum, çocuk hastalıkları, dahiliye ve travmatoloji uzmanları 24 saat nöbet sistemine uyulmalıdır. İlimizde acil serviste çalışan personel hizmet içi eğitimden geçirilmiş ve 4 ana branşta uzman hekimlerin acil nöbetleri düzenlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerinin sayısının artırılma çalışmaları devam etmekte olup servislerin iş düzenleri yeniden değerlendirilmiştir. Tüm hastaneler arasında haberleşme sistemi aracılığı ile koordine içinde çalışmakta hastaneler arası hasta transportunda acil yardım sistemi elemanları ve ambulansları kullanılmaktadır.

Sonuç: Acil hizmetler programı 1997 yılının başında Adana ilinde uygulanmaya başlanmış ve 371 kişi kurtarma, 5541 kişi acil yardım hizmetlerinden, 382.978 kişi hastane acil servislerinden yararlanmıştır. İnsanın ölümlü yaşamı arasındaki bu çok önemli anında yanında olmayı gerektiren acil hizmetlerin içindeki tüm sektörler belirli bir koordinasyonla ve süratle gerçekleştirilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-Alho A., Lahdensuu M.: Care of Severely İnjured Patients. During Transportation, Sess, III/5, IAATM, Oslo, 1985.
- 2-Andreasson R.: First. Aid to Accident Victims. The First International Congres on First Aid at the Scene of an Accident. Ses 1/1. IAATM, Oslo, Norway, 1985.
- 3-Eastman K.: Rescue and Emergency Care, Heinmann Medical Publ, London 1977.
- 4-Ege R.: yaralanmalarda İlk Yardım, Memleketimizdeki Durumu: AÜ Haftası Kitabı, S: 173-184, AÜ Basımevi, 1974.
- 5-Ege R.: Çocuk kırık-çıkıkları ve Kazalarda İlk Yardım, Türkiye Klinikleri Cilt: 6. Sayı: 3, S:205-219, 1986
- 6-Ege R.: Epidemiological Surveillance of Accidents in Turkey, (40 pages), Emel Matb., Ankara, 1986.
- 7-Ege R.: Trafik Kanunumuzla İlgili İlk ve Acil Yardım, Sağlık Hizmetleri, THK Basımevi, Ankara, 1991.
- 8-Eren N., Turhan, G.: İlk Yardım, Ar Basın Yayın, Ankara, 1982.
- 9-Fleisher G.R. Ludwig, S. textbook of Pediatric Emergency Medicine Williams Wilkins, Baltimore, 1983.
- 10-Heckman J.D.: Emergency Care and Transportation, Amer. Acad. of orthop. Surgeons, Rosemont, II (USA), 1983.
- 11-Jenkins A.L.: Emergency Department, C.V. Mosby, St Louis, 1975.
- 12-Kuruüzüm M.: İlk Yardım ve Tedavi Rehberi, Zafer Matb., İst., 1982.
- 13-Schwartz G.R., Safar, P., Stone, J.K., Storey, P., Wagner, D.K.: Emergency Medicine, Vol. 1, W.R. Saunders Co., Phila., 1986.
- 14-Somyürek İ.: İlk Yardım, Orkide Matb., Ank., 1982.
- 15-Wilson J.N. (Ed): Watson-Jones. R.: Fractures and JointInjuries, Edinburg, Churchill Livingston, 1982.
- 16-Warsing R.A.: rural Rescue and Emergency Care, Amer. Acad of Orthop. Surgeons, Rosemont, II., 1992.

POSTERLER

P1

**SAGLIK
EGITIMI,
TIP
EGITIMI,
HIZMET
ICI
EGITIM**

MALATYA İL MERKEZİNDEKİ FARKLI PROGRAMLARDAKİ LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Uzm. Dr. Leyla KARAOĞLU*, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN**

*Çorum İl Sağlık Müdürlüğü

**İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, farklı programlarda eğitim gören lise son sınıf öğrencilerinin sağlık konusundaki bilgi-tutum ve uygulamalarını etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Nisan-Haziran 1995 döneminde Malatya il merkezindeki 18 lisede öğrenim gören 4567 lise son sınıf öğrencisinden tabakalı olarak, en az %20 kendi gruplarını temsil edecek sayıda öğrencinin araştırma kapsamında bulunması sağlanacak şekilde örneklem alınmıştır. Araştırma verileri, 1041 öğrenciyi sağlıklı ilgili bilgi-tutum ve uygulama düzeylerini ve etkileyen faktörleri incelemek için gözetim altında anket uygulanarak elde edilmiştir.

Bulgular: Bilgi puan ortalaması en yüksek Fen Lisesi (61.05+2.23), en düşük ise İmam Hatip Lisesi (44.10+1.73) öğrencilerinden elde edilmiştir. Tüm öğrencilerin genel olarak bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Öğrencilerin yaklaşık 1/3'ü dişlerini günde bir kez fırçaladıkları, Düzenli olarak her gün sigara içme yüzdesi en yüksek oranda (%35.5)Endüstri Meslek Lisesi öğrencilerinde rastlandığı, Alkol kullanma davranışına en yaygın oranda Fen lisesi öğrencileri (%12.2) ve Endüstri Meslek Lisesi öğrencileri (%12.1) arasında rastlandığı saptanmıştır. Buna karşılık İmam Hatip Lisesi öğrencilerinin hiç sigara ve alkol kullanmadıkları bulunmuştur. Bunlara ilaveten öğrencilerin 2/3'ü aile planlaması yöntemlerini kullanmayı ve tanıtımını uygun buldukları ve aynı oranda üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmeyi istedikleri saptanmıştır.

Sonuç: Seçmeli olarak verilen sağlık bilgisi derslerinin bilgi ve uygulama düzeylerini etkilemediği ve dolayısıyla verilen bu derslerin efektif olmadığı bulunmuştur. Öğrencilerin bilgi ve uygulama düzeylerini sağlık bilgisi dersleri değil, diğer demografik faktörlerin etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Lise öğrencileri, sağlık bilgisi.

SUMMARY

Objective: This study was performed to evaluate last grade high school students' have knowledge-attitude and practice levels with main influencing factors according to different high school programs.

Material-Method: 1041 of total 4567 last grade students who was representative approximately 20% sampling of own groups in different programs from 18 high school in Malatya Municipality were administered a questionnaire under supervision during April-June 1995.

Findings: According to scoring mean health knowledge point of students, means was be held the highest in Science High School Program (61.05+2.23), and the lowest in Religious High School Program (44.10+1.73). In general, means of health knowledge point of students who have attended to different high school program was found insufficient. Approximately, one third of students brush teeth only one a day, 35.5% of the students from vocational (industry) high school program were smoking regularly, and alcohol consumption was lower percentage (12%) than smoking among students in each program. And also it was found that no students of religious high school were drinking and smoking accordance with their beliefs. Two third of all sample has positive attitude against using family plannings methods and information by the organizations. It was determined that the students at the same majority desire to be informed concerning reproductive health.

Result: It was seen that selective health courses during curriculum period had no impact on the health knowledge of students. As a result, health lessons in high school were not effective for the students.

Key words: Students, health knowledge.

SAĞLIK OCAĞI HEKİMLERİNDE MESLEKİ DOYUM

Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Zeki TANRIKULU

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin iş doyum düzeylerini ve iş doyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma, bir kesit araştırması olup 1997 yılında Konya ilinde yapıldı. Küme örnekleme belirlenen 45 hekime Minnesota İş Doyum Ölçeğinin kısa formu uygulandı. İş doyum puanı ortalaması genel olarak ve çeşitli değişkenlere göre hesaplandı. Ayrıca, iş doyumunu oluşturan her husus için 'hoşnut' olanların oranları belirlendi.

Bulgular: Genel olarak sağlık ocağı hekimlerinin %62.2'sinin işinden hoşnut olduğu belirlendi. Hekimlerin iş doyum puanı ortalaması 3.79'dur. İş doyumunun yaş, cinsiyet, görev süresi ve evlilik durumundan etkilemediği belirlendi. İl merkezinde görev yapanlarda iş doyumunun kırsalda çalışanlardan daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: Sağlık ocağı hekimlerinin iş doyumunu olumsuz etkileyen en önemli hususlar, çalışma şartları, aldıkları ücret ve görev yerinin kırsalda olmasıdır.

Anahtar Sözcükler: İş doyum, personel tatmini, pratisyen hekim

SUMMARY

JOB SATISFACTION OF GENERAL PRACTITIONERS WORKING AT PUBLIC HEALTH CENTER

Objective: This paper attempts to identify job satisfaction and its sources among general practitioners in Konya.

Methods: In 1997, a self-administered questionnaire (Short form of Minnesota Satisfaction Questionnaire) was used for 45 physicians who are working at public health center in province Konya. Global satisfaction score was created generally and related different factors. It was defined as the ratio of physicians' responses had to be 'satisfied' or 'very satisfied' for each items.

Results: The percentage of general practitioners identifying themselves as satisfied was 62.2% and their average of global satisfaction score 3.79. There was no relation between global satisfaction and physician age, sex, marriage, and job duration. The physician who are working at urban areas more satisfied (%) than those of working at rural areas.

Conclusion: One third of general practitioners were not satisfied with their professional lives. The working environment and income were the most important causes of dissatisfaction in physicians.

Key words: Job satisfaction, personal satisfaction, general practitioner

**SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
İŞ DOYUMU**

Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Zeki TANRIKULU

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, sağlık ocaklarında çalışan hekim dışı sağlık personelinin (ebe, hemşire, sağlık memuru) iş doyum düzeylerini ve iş doyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-yöntem: Çalışma, bir kesit araştırması olup 1997 yılında Konya İlinde yapıldı. Küme örnekleme belirlenen 102 sağlık personeline Minnesota İş Doyum Ölçeğinin kısa formu uygulandı. Genel olarak iş doyum puanı ortalaması hesaplandı. Demografik özelliklere göre 'hoşnut' olanların oranları belirlendi.

Bulgular: Genel olarak sağlık personelinin %56.9'unun işinden hoşnut olduğu belirlendi. Sağlık personelinin iş doyum puanı ortalaması 3.72±0.50'di. İş doyumunun görev yeri ve evlilik durumundan etkilemediği belirlendi. Erkek personel işinden daha çok memnundu. Mesleki olarak da ebelerin hoşnutluk oranı hemşire ve sağlık memurlarından daha düşüktü.

Sonuç: Sağlık personelinin iş doyumunu düşüktür. İş doyumunu olumsuz etkileyen en önemli hususlar, alınan ücret ve çalışma şartlarıdır.

Anahtar Sözcükler: İş doyumunu, sağlık personeli, ebe, hemşire, sağlık ocağı

SUMMARY**JOB SATISFACTION OF HEALTH STAFFS WORKING
AT PUBLIC HEALTH CENTER**

Objective: This paper attempts to identify job satisfaction and its sources among health staffs (midwife, nurse, health officer) in Konya.

Methods: In 1997, a self-administered questionnaire (Short form of Minnesota Satisfaction Questionnaire) was used for 102 health staffs who are working at public health center selected with cluster sampling in province Konya. Global satisfaction score was created generally and related to different factors. It was defined as the ratio of health staff responses had to be 'satisfied' or 'very satisfied' for each items.

Results: The percentage of health staffs identifying themselves as satisfied was 56.9% and their average of global satisfaction score 3.72±0.50. There was no relation between global satisfaction and their location of practice and marriage. Males were more satisfied (72.7%) than females (49.3%). The midwives were more dissatisfied than nurses and health officers.

Conclusion: Half of health staff were not satisfied with their professional lives. The working condition and income were the most important causes of dissatisfaction in health staff.

Key words: Job satisfaction, health staff, personal satisfaction, midwife, nurse, public health center

HASTA BAKIMINA DOĞRUDAN KATILAN PERSONELİN HASTANE ENFEKSİYONLARI İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ SAPTANMASI

Öğr. Gör. Selda RIZALAR*, Doç. Dr. Ümit SEVİĞ**

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, SHMYO, SAMSUN
**Hacettepe Üniversitesi, HYO, ANKARA

ÖZET

Amaç: Araştırma, hasta bakımına doğrudan katılan personelin hastane enfeksiyonları konusunda bilgi ve uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma kapsamına Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan 70 doktor, 100 hemşire ve 65 yardımcı personel alınmıştır. Veriler her üç grup personel için geliştirilen soru kağıdı aracılığıyla toplanmıştır. Soru kağıtları doktorlara 8-14.2.1995 tarihleri arasında, hemşire ve yardımcı personele 8.2.1995 tarihinde uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde yüzdelik, ki-kare ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirildiğinde doktor, hemşire ve yardımcı personelin yaklaşık %50'sinin ortalamanın altında bilgi ve uygulama puanı aldığı belirlenmiştir. Doktorlarda çalışan bölümün bilgi puanını, meslekte çalışma süresinin uygulama puanını etkilediği dikkati çekmiştir. Hemşirelerde çalışılan bölüm dışında uygulamayı etkileyen faktör bulunmamıştır. Aseptik yöntemler konusunda doktor ve hemşirelerin bilgi eksiklikleri ve hatalı uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Yardımcı personelin genel görevleri ve bazı bakım işlevleri sırasında enfeksiyon yayılımına neden olabilecek uygulamaları ortaya çıkmıştır. Tüm personelin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik bilgi ve uygulamalarının da yetersiz olduğu belirlenmiştir.

SUMMARY

We designed a descriptive study to assess the knowledge and the practice about the nosocomial infections among the hospital personnel who are directly involved with patient care.

In the study 70 doctors, 100 nurses and 65 staff from departments of Internal Medicine, Surgery and Pediatrics of Ondokuz Mayıs University, Health Research and Application hospital, were included. The data were obtained from three different questionnaire created for each group. The questionnaire were applied to the nurses and staff all together on 8th of February 1995, and to the doctors during five days between 8th of February 1995. For the evaluation of data as statistical analysis percentage, chi-square and t tests were used.

Results showed that approximately 50% of the doctors, nurses and staff had knowledge and practice grades less than mean. It was statistically significant that the time passed in professional life determined the practice grade, the department determined the knowledge grade for doctors and the department determined the practice grade for nurses. It is apparent that there is lack of knowledge and malpractice in application of aseptic methods among doctors and nurses. It is shown that staff cause dissemination of infection during their work and patient care. There is insufficient knowledge and practice in the prevention of the diseases infecting by blood and body fluids.

**ÖĞRENCİLERİN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ STAJ ÖNCESİ/SONRASI
GÖRÜŞLERİNİN İRDELENMESİ**

*Doç. Dr. Zuhar BAHAR, *Arş. Gör. Aynur UYSAL, *Arş. Gör. Ziyafet UĞURLU

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD

ÖZET

Bu araştırma öğrencilerin halk sağlığı hemşireliği stajına ilişkin staj öncesi ve sonrası görüşlerini saptamak üzere karşılaştırmalı tanımlayıcı türde planlanmıştır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu 1996-1997 yılı bahar döneminde Halk sağlığı hemşireliği dersi alan 126 öğrencinin tümü araştırmaya alınarak örnekleme gidilmemiştir.

Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin yanısıra staj öncesi ve sonrası düşüncelerinin saptamak üzere veriler anket yöntemi ile elde edilmiştir. Halk sağlığı stajının öğrencide toplum, aile ve ev ziyaretlerini içeren 13 likert tipi soru Bradley J.P.'in yaptığı araştırma sorularından alınmıştır. Ayrıca öğrencilere halk sağlığı stajında kazandıkları bilgi, beceri, ve deneyimleri, daha iyi bir staj için düşünce ve önerileri açık uçlu soru olarak sorulmuştur.

Verilerin sayı ve yüzde olarak dağılımları yapılmış olup, staj öncesi/sonrası görüşleri arasındaki ilişki "iki eş arasındaki farkın önemlilik testi" ile aranmıştır.

Elde edilen verilere göre öğrencilerin yaş ortalaması 21.8'dir. Öğrencilerin %88'i lise, %7.2'si sağlık meslek lisesi mezunudur. Öğrencilerin büyük bir oranı (%47.6) 12 yaşına dek şehirde oturmuştur. Annelerinin eğitimleri %35.6 oranı ile ilköğretimdir. Öğrencilerin sosyo-ekonomik düzeyi %72 ile orta düzeydedir. Öğrencilerin staja ilişkin görüşleri arasında önemli bir fark bulunmamış olup, $p=0.05$ düzeyinde bu ilişki istatistiksel olarak da anlamsız bulunmuştur ($t=0.908$, $sd=0.795$, $p>0.05$). Tüm bu veriler ışığında daha iyi ve yararlı bir halk sağlığı stajı için öneriler getirilmiştir.

SUMMARY

This is a descriptive and comparative study designed to interpret the views of students about public health nursing before and after practice. All of the 126 students who were taught at Aegean University Nursing Academy in 1996-1997 were include in study. sampling was not used.

The information about students social and demographic features and the opinions about public health nursing before and after practice were asked with an inquiry. The thirteen questions about society, family and home visits were taken from J.P. Bradley's study. Questions about knowledge, skills learned and experiences obtained from the practice and their recommendations for a better practicing were asked also as open-ended questions.

The data were analyzed according to the distribution of number and percentage colculations and the comparison between before/after practice was made by "the signifinance test for difference between poirs" The avarage age of the students is 21.8.88% has graduated from high-school and 7.2% from health training school. Most of the students (47.6) have lived in cities until 12 years of age. Their mothers have graduated from primary school most commonly (36.5). Their socio-economic conditions are fair. There is no discreponcy between each students thoughts about the practice, and it is not statistically significant ($t=0.908$, $sd=0.975$, $p>0.05$). In the light of these data recommendations are made for a good and effective practice.

**BİR GRUP İNTÖRN DOKTORUN İSHALLİ HASTALIKLAR KONUSUNDA
EĞİTİM ÖNCESİ DURUMU, EDİRNE-1997**

Dr. Ufuk BERBEROĞLU¹, Dr. Ahmet SALTİK², Dr. Muzaffer ESKİOCAK³, Dr. Nezihe ÜZÜM¹

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ¹Arş. Gör., ²Prof., ³Yrd. Doç.

ÖZET

Amaç: İshalli hastalıklar ülkemizde beş yaş altı çocuk ölümlerinde halen önemli bir paya sahiptir. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerine (intern doktor) Kırsal Hekimlik (Halk Sağlığı) Stajı içinde ishallerin denetimi ilgili eğitim verilmektedir. 1997-98 eğitim yılında, bir grup interne eğitim öncesi durumlarını değerlendirerek eğitime yön vermek için ön test yapıldı.

Gereç ve Yöntem: 85 hekim adayına, eğitim öncesi test uygulandı. Veri toplamada açık uçlu 10 sorudan oluşan standart anket formları kullanıldı. 1 örnek olgu verilerek, ishallerin izleminde basamaklar soruldu.

Bulgular: İntern doktorların yalnızca %44.7'si sıvı yitliğini değerlendirmede tam yeterlidir. Anneye uygun sıvı önermede tam yeterlilik %28.3. AŞTE tanımında %63.5'tir. Bu oranlar, ishallerin morbidite ve mortalitesinin çok yüksek olduğu ülkemizde yeterli görülmez.

Sonuç: Konunun önemine karşın, önemli bilgi açıkları olan intern doktorlara, bu konuda mezuniyetöncesi tıp eğitiminde (MÖTE) güncel uygulamalara ilişkin eğitim verilmesi gerektiği saptandı. İshallerin Denetimi Programı'nın, mezuniyetöncesi eğitimde etkin bir biçimde verilmesi gerekir. Bu amaçla ilgili Anabilim Dallarının ortaklaşa hazırlayacakları programların uyumlu ve tamamlayıcı olarak hekim adaylarına benimsenmesi gerekmektedir. Bulgular ışığında, Anabilim Dalı'mızda konuya ilişkin eğitim programı yeniden düzenlenmiştir.

Anahtar sözcükler: İshallerin Denetimi, Mezuniyet öncesi tıp eğitimi, Birinci Basamak hekimliği, intern eğitimi, ORS

SUMMARY**EDUCATIONAL STATUS OF A GROUP OF INTERN DOCTORS PRIOR TO
TRAINING ON DIARRHOEAL DISEASES, EDİRNE-TÜRKİYE/1997**

Objectives: Diarrhoeal Diseases have still an important share of the under-five mortality in our country. To the Phase VI students (intern doctors) of the Trakya University Medical School, training relevant to the Programme for Control of Diarrhoeal Diseases have been conducted within the clerkship of Public Health (or Rural Physicianship). In 1997-98 teaching year, a pre-test was administered to a group of intern doctors in order to evaluate their pre-training condition and orienting the training schedule.

Material and Methods: A pre-training test was applied to 85 intern doctors. A standard questionnaire form consists of 10 open-ended questions was used for collection of data. Giving a sample case of diarrhoea, steps of case management were asked.

Findings: Only 44.7% of the interns are fully competent on evaluation of the dehydration. Fully competency in advising appropriate fluid to the mothers is only 28.3% while correct description of ORS preparation is 63.5%. These performance rates cannot be accepted as sufficient in our country in which the morbidity and mortality of diarrhoeal diseases are substantially high.

Conclusion: Despite importance of the matter, it was assigned that within the framework of under-graduate medical education, training should be given to the students concerning up-to-date applications. Training on Control of Diarrhoeal Diseases should effectively been rendered within under-graduate medical education. For this purpose, a programme jointly prepared by the related Departments must be adopted to the students as adaptive and integrative. Under the illumination of the findings, the training programme related to the subject have been re-arranged in our Department.

Key words: Control of Diarrhoeal Diseases, Under-graduate medical education, Primary care physicianship, Intern doctor training, ORS

TIP FAKÜLTELERİNDE HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ İLE ÖĞRENCİLERE KAZANDIRILAN BİLGİ ve BECERİLERİN, MEZUNİYET SONRASI GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMA DÜZEYİ

Fatma ÖZBEK, MPH*, Dr. Ahmet SALTİK**

*Trakya Üniversitesi Eğitim-Araştırma-Uygulama Hastanesi Müdür Yrd., Edirne.

**Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Prof., Edirne

ÖZET

Amaçlar: Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin (MÖTE) sorunları hep tartışılmamıştır. Özellikle halk sağlığı sorunlarının yoğun olduğu ülkemizde, tıp fakültelerinde verilen tıp eğitiminin, mezuniyet sonrasında hekimlerin gereksinimlerini ne ölçüde karşıladığı, sorulanması gereken bir alandır. Bu kapsamda, sunulan çalışma; tıp fakülteleri yönetimleri ve öğretim üyelerinin uygulamadaki durumu göreyek daha gerçekçi davranmaları ve öğrencilerin çalışma yaşamında yararlanmayacağı konuların azaltılarak, gereksinim duyulacak konulara ağırlık verilmesine ve mezuniyetöncesi Halk Sağlığı eğitimi ile bu kapsamdaki Sağlık Yönetimi eğitiminin niteliğinin yükseltilmesine katkıda bulunabilmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem-gereçler: Belirlenen amaçlar doğrultusunda hazırlanan bilgi ve anket formu, posta anketi veya yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ il ve ilçelerinde görevli 493 pratisyen hekimden 208'ine (%42.2) ulaşılmıştır. Veriler bilgisayarla analiz edilmiştir.

Bulgular: Tıp fakültelerinde verilen Halk Sağlığı eğitimi ve bu kapsamdaki Sağlık Yönetimi eğitimi içerik olarak uygun, süre olarak yeterlidir. ancak uygulamada karşılaşılan sorunların çözümünde kısmen yararlı veya yararlı değildir.

Sonuçlar: Katılımcı hekimlerin değerlendirmelerine göre; Halk Sağlığı yetiçek (müfredat) programları hazırlanırken bu konuların dikkate alınarak, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi eğitiminin uygulamada karşılaşılan sorunların çözümünde daha yararlı kılınabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Sonuçlar, örneklemin temsil gücündeki sınırlılıklar nedeniyle özenli değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: mezuniyetöncesi tıp eğitimi, tıp müfredatı, halk sağlığı eğitimi, sağlık yönetimi, Birincil sağlık bakımı

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to help medical school administrations while preparing undergraduate training curriculum of Public Health by determining the subjects which will be needed by the graduates during solving the problems faced within the practice.

Material-Methods: A questionnaire and data form was sent or conducted by face-to-face interviews with the respondents. 208 (42.2%) General Practitioners were reached. The data were analysed in Trakya University Medical School, Department of Public Health by using appropriate package programme and chi square tests were mainly used for data analysis.

Findings and Discussion: According to the responding physicians, the Public Health and Health Management training in medical schools have been evaluated as adequate in terms of content, sufficient as of lecture hours but partially useful or useless for solving the problems faced with during practice by them.

Conclusions: These issues must be taken into consideration while preparing the undergraduate curricula of Public Health training in medical schools. However, most of the respondents declared that the knowledge and skills acquired by this training had helped them solving the problems partially in their professional life.

Key Words: undergraduate medical education, medical curriculum, public health training, health administration training, Primary Health Care

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN CEVABINI BİLMEDİKLERİ SORULARDA
SEÇENEK TERCİHLERİ**

Doç. Dr. Faruk YORULMAZ, Arş. Gör. Dr. Nezihe ÜZÜM

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Eğitim her aşamasında değerlendirmelidir, ara ve son amaçlara ne ölçüde ulaşıldığı ancak böyle anlaşılabilir. Böylece doğru biçimde planlama yapılabilir. Test sınavları kolay, standart değerlendirme gibi kolaylıklar sağlar. Ancak test sorusu hazırlamak profesyonel bir iştir. "Test sorusu hazırlama sırasında, cevabın hangi şıkta olduğu önemli midir?" sorusunun cevabını bulmak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu amaçla her şikkı doğru olabilecek, test şeklinde hazırlanmış 5 soruluk bir form Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerine uygulanmıştır.

Bulgular: Test 142 Tıp Fakültesi ve 74 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu olmak üzere 216 öğrenciye uygulanmıştır. Öğrencilerin 105'i erkek (%48.6) ve 111'i kız (%51.4) olup, yaş ortalaması 21.30±2.48'dir.

En çok tercih edilen: birer soruda a ve b, 3 soruda ise d seçeneğidir. Tercihlerin niçin bu şekilde dağıldığı konusu araştırılmamıştır. Çalışmamızda seçenek tercihinin tüm seçeneklere homojen dağılmadığını bulduk. Öğrenciler cevabı bilmediklerinde en sık d, ikinci sırada b şikkını işaretleme eğilimindedirler, c şikkı ise en az işaretlenmiştir.

Sonuç: Çalışma öğrencilerin cevabını bilmedikleri durumda rastgele işaretleme yerine bazı seçenekleri tercih ettiklerini göstermektedir. Test sorusu hazırlama sırasında bu durumun dikkate alınması ölçme değerlendirmenin gücünü artıracaktır. Bu konuda daha büyük gruplarda çalışma yapılması gereklidir. Bizim bulgularımız test sınavlarının bir başka sakıncasını gündeme getirmektedir. Zor da olsa birden fazla sınav türü uygulanması ile daha doğru sonuçlar elde etmek mümkün olabilecektir.

Anahtar Sözcükler:Sınav, test, seçenek analiz, değerlendirme

SUMMARY**ITEM PREFERENCE ON UNKNOWN ANSWERS OF QUESTIONS
IN UNIVERSITY PUPILS**

Introduction: Evaluation is required all levels in education. Intermediate and end evaluation is required for planning and achievement of education. Tests are successful for standart and easy evaluation of education. Preparation question for tests is professional matter. "Is it important that which alternative is right for preparing test question?" is problem sentences for this research.

Material-Method: For this aim we prepared a tests for 5 question and every alternative can be right. And we applied thi to Trakya University Medical and Health Service Professional School pupils.

Results: We included 142 medical and 74 Medical and Health Service Professional School pupils, that 105 males (%48.6) and 111 female (%51.4) of 216 pupils. Mean of age is 21.30±2.48. Most of pupils are prefer d alternative, and the second is b, c have been most little prefer. It is indicate that if pupils are not known the answers who prefer d or b.

Conclusion: So this situation is important for preparing tests. It must be require that investigation for large groups. If possible more one examination is required for best evaluation pupils.

Key Words: Test, examination, item analysis, evaluation

**GÖLBAŞI İLÇESİ İLKOKUL ÖĞRENCİLERİNDE
SAĞLIK BİLGİSİ DÜZEYLERİ**

Arş. Gör. Dr. Seçil ÖZKAN, Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. Remzi AYGÜN

Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Bu araştırma Kasım-Aralık 1996 da Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yapılmıştır. Gölbaşı ilçe merkezinde 412. toplam beş köy ilkokulunda da 300 öğrenciye anket uygulanmıştır. İncelenen 712 öğrencinin %51.4'ü erkek, %48.6'sı kızdır. Öğrencilerin %23.7'sinin annelerinin, %7.9'unun ise babalarının okuma yazma bilmediği saptanmıştır. Kentsel ve kırsal alana göre annelerin okur-yazarlık durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p:0.0001). İncelenenlerin kentsel kırsal alana göre babaların okur-yazarlık durumları arasında da istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p:0.0007). Sağlıkla ilgili sorulara doğru cevap vermede, kırsal yada kentsel alanda yaşamının fark yarattığı saptanmıştır.

SUMMARY

The study has been done on november-december 1996 within Gölbaşı area. Total of 712 primary school students from different locations in Gölbaşı has been asked to fill questionnaire. 51.4% of the 712 participants were male and 48.6% were female. 23.7% of the mothers of the students and 7.9% of the fathers of the students figured out to be illiterate. The literacy percentage between urban and rural areas are discovered to be different. For the mother p:0.0001, for the father p:0.0007

**BİR PRATİSYEN HEKİM SORUYOR:
TUS BAŞARISI TIP FAKÜLTELERİNİN BAŞARI KRİTERİ MİDİR?**

Dr. Mahinur YAPICI-TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü

Bir gün annem bana "tıp eğitimin ne zordu, ne kadar uzuncu. Seninle oturup sabaha kadar ders çalışmanı sağlayabilmek için, hayatımda hiç ödemediğim kadar öanteyi ödüm. Bırakmayı düşündüğün. umutsuzluğa kapıldığın anlar oldu, bırakmadın. Bu gün çok iyi bir hekimisin ve ben seninle gurur duyuyorum" dedi. Bu sözler üzerine bu yazıyı yazmaya karar verdim. Aslında annem tüm öğrenim hayatımı özetlemişti sanki: zor, uzun, bıkırtıcı, umutsuzluklarla dolu ve başarı ile sonuçlanan bir eğitimdi. Belki, bu tıp eğitimi için beklenen bir gerçektir ama, doğrusu biz bu kadarını beklemiyorduk. Neyseki bitmiş ve biz de birer doktor olmuşuk. İdealim pratisyen hekimlikti. koruyucu sağlık hizmetleri veren, herkesin ilk başvuracağı ve sorunlarını büyük oranda çözebilen bir hekim olmalıydım. Bu nedenle Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) beni ilgilendirmiyordu. Oysaki, TUS benim dışımda çevremdeki öğretim üyelerinden, aileme, hastalarımın, tıbbi müessesilere kadar herkes için kaços olmaya başlamıştı. Bundan en çok kaygı duyanlar da fakültemizin başarısının ölçütü olacağına inanan hocalarımdı. Bu inanç beraberinde bir çok soruyu da getiriyordu.

Neden TUS'du? TUS bir başarı kriteri miydi? Yoksa TUS imajı mıydı, statü müydü? Fakültelerin TUS daki başarısı amaç mıydı? Bizler bu amaca ulaşmak için kullanılan araçlar mıydık? TUS bizim için, hocalarımız ve ülkemiz için ne kadar önemliydi? Fakülteelerde TUS başarısının tartışılması beni üzüyordu, bir pratisyen hekim olarak ben başarısız mıydım?

Yirmioçuncü yüzyıla iki kala ülkemiz hain önemli sağlık sorunları ile mücadele etmektedir. Sağlık alanındaki planlama, örgütlenme, koordinasyon, denetleme yetersizlikleri, eğitim aksaklıkları özlük haklarındaki eksiklikler ve çığ gibi büyüyen hekim işsizliği önemli gündem maddeleridir. Tüm bunlar dururken tıp eğitimi TUS ile özdeşleştirmek gerçeklerden uzaklaşma yolunda yapılan en büyük hatadır.

Tıp eğitiminin temel amacı "Bütün toplumun sağlık düzeyini yükseltici, nitelikli hekimler yetiştirmekdir".

İyi bir hekim,

1. Basamakta birey ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilen,
2. Toplumda sık görülen hastalıkları, ölüm nedenlerini bilen, bu hastalıkların güncel tanı ve tedavi yöntemlerini uygulayabilen,
3. Ekip çalışmasına önem veren, yönetim konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip, multidisipliner ve multi sektörel çalışabilen,
4. Toplumla iletişim kurabilen, toplum katılımını sağlayabilen,
5. Tıp eğitiminin sürekliliğinin önemini bilen, bilgiye ulaşabilen,
6. İkişinin sağlık sorunlarını bilip bunlara çözüm arayan bir kişi olarak yetiştirilmelidir.

(KILIÇ B., SAYEK İ.: Türkiye'de mevzuat Öncesi Tıp eğitiminde Var Olan Durum, Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği, Yayını, Cilt 12, Sayı: 79, Mayıs-Haziran 1997, Ankara).

Kalite kavramının önem kazandığı günümüzde ister pratisyen ister uzman olsun yetişen hekimlerin sayısı değil kalitesi dolayısı ile eğitimin kalitesi tartışılmaktadır.

Edinburg Deklarasyonu (1988) tıp eğitimi programının amacını ülke sağlık sorunlarına ve koşullarına uygun olması, uygun yalnızca bilgi değil mesleki beceri ve sosyal değerlerinde kazandırılması, eğitimin yaşam boyu sürmesi olarak saptamıştır. Bu amaca ulaşabilmesi için aşağıdaki önerilerinde bulunmuştur:

1. Uygun bir eğitim atmosferi,
2. Ulusal sağlık ihtiyaçlarına uygun eğitim içeriği,
3. Hastalık önleyici ve sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmaların vurgulanması,
4. Yaşam boyu aktif eğitim,
5. Yeterliliğe dayalı eğitim,
6. Eğiticilerin eğitimi,
7. Bilim ve teknik uygulamaların entegrasyonu,
8. Tıp öğrencilerinin seçiminde bütünsel yaklaşım,
9. Tıp eğitimi ile sağlık hizmetleri arasındaki entegrasyonun sağlanması,
10. Uzman ve pratisyen sayılarının dengelenmesi,
11. Multidisipliner eğitim,
12. Sürekli tıp eğitimi, gerçekleştirilmelidir.

Bu temel amaçlardan uzaklaşıp, TUS da başarılı olmayı amaç edinmek bu yükümlülüklerden kaçma çabasıdır. Tıp fakültelerinin görevi iyi hekim yetiştirmek olmalıdır. TUS'a öğrenci yetiştirmek değil, Ancak TUS başarısı kaygısı olan hocalarımız bilmelidir ki, tüm mezunları uzmanlık eğitimi alsın bile bu onları iyi hekimler yetiştirme sorumluluğundan kurtaramaz. Herşeyden önce TUS'un başarı ölçütü olmadığı, bireysel seçim olduğu görüşünün öğretim üyelerince benimsenmesi gerekmektedir.

Fakültelerin ilk yıllarından itibaren uzmanlığa şartlandırılan öğrenciler pratisyen hekim kalmamak için yarıyılca çalışıyor, bu arada pratisyenlik ruhundan uzaklaşıyor, zamanla nefret ediyor, sonuçta pratisyen hekimlikte yüz yüze kalınca umutsuzluğa kapılıp mutsuz oluyor. Oysa ki pratisyen hekimler, birinci basamakta başanlı hizmetler vermenin yanı sıra, sürekli eğitimin gerekliliği ile eğitim programlarına katılıyor, eğitim programları düzenliyor, kongreler yapıyor, kongrelerlere katılıyor, örgütleniyor özlük haklarına sahip çıkıyor, yönetimin çeşitli kademelerinde görev alıyor. Başarı kriteri TUS sa bütün bu çalışmaları pratisyen hekim çöşkusu ile yapan hekimler başarısız demektir. Oysa görevinin farklı olduğu inancı ile ülkemizin dört bir yanında başarılı, nitelikli bir çok pratisyen hekim yılmadan görev yapmaktadır ve bundan gurur duymaktadır.

Ülkemizin sağlık politikalarından en çok etkilenen kurumlarının başında tıp fakülteleri gelmektedir. Her ile bir tıp fakültesi anlayışı sonucu sayısı 411 bulan tıp fakültelerine her yıl ortalama 4000-5000 öğrenci alınmaktadır. Tıp öğrencileri, ülke ihtiyacının ve tıp fakültelerinin kapasitelerinden fazla sayıda, sadece, ÖSYM başarısı puanı sonucuna göre seçilmektedir. Eğitim, kapasitesi yetersiz hastanelerde, yetersiz laboratuvarlar ve kavavra çalışmaları ile sürdürülmektedir. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının fazla olduğu, öğrenci başına düşen hasta sayısının az olduğu, bilimsel yayınlara ulaşma güçlüklerinin yaşandığı eğitim sürecinde, ulusal sağlık ihtiyaçları yerine sendromlar tartışılmakta, tedavi edici hekimlik ön plana çıkarılmaktadır. Eğitimler, eğitici merkezlidir, androgojik eğitim tekniklerinin kullanılmadığı büyük sınıf derslerinde beceri geliştirme ve ustalaşmaya yönelik değil teorik düzeyde yeterli bilgiye ulaşmak hedeflenmektedir. Bilim ve teknik uygulamaların entegrasyonun gerçekleştirilmemektedir. Sonuçta ülkesinin önemli sağlık sorunlarından ve Temel Sağlık Hizmetleri kavramından uzak, ekip ruhunu taşımayan, uzmanlığa özendirilmiş birinci basamak hizmet organizasyonunu ve yürütülmesini bilmeyen, sürekli eğitim kaygısı karşılanamayan hekimler olarak yetiştirilmektedir.

Genç yaşta, yarışma ve başarılarla dolu eğitimin ardından hevesle tıp eğitimine başlayan öğrenciler iletişim, eşgüçüm, motivasyon eksikliği ile iyi bir tıp eğitiminden uzak yıpranmış, örselenmiş olarak mezun olmaktadır. Tıp fakültelerinden her yıl ortalama 4500 hekim mezun edilirken, yapılan hesaplar 2000 yılında hekim sayımızın 85000 olacağını buntardan 15000 ninin işsiz kalacağını göstermektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında tıp eğitimi yeniden gözden geçirilmelidir. Dünya Bankası Raporu'nda (1986) belirtildiği gibi resmi bir insan gücü planlaması ve politikası bulunmayan ülkemizde tıp eğitiminin standardı belirlenirken ülke gerçeklerinin göz önüne alınmalıdır. Mevcut hekim durumu, uzman ve pratisyen hekim ihtiyacı saptanmalı, öğrenci sayısı buna göre belirlenmelidir. Sağlık politikaları gözden geçirilirken üniversiteler de eğitim programlarında düzenlemeler yapmalıdır. Eğitim parolası "TUS başarısı" değil "iyi hekimlik" olmalıdır.

İkişinin sağlık sorunlarını bilen, yalnızca bilgi değil mesleki beceri ve sosyal değerleri de kazanmış, ekip çalışmasının ve sürekli tıp eğitiminin önemini bilen hekimler yetiştirilmelidir.

Bütün bunlara karşın TUS başarı oranlarını önemseyenlere bazı önerilerde bulunulabilir:

1. TUS soru bankalarına soru verin, hatta bu soruları öğrencilerinize verin.
2. TUS'a hazırlık kitapları yazın.
3. "TUS kursları" düzenleyin.
4. Hafta sonları ek dersler koyun.
5. TUS da başarılı olanlara ödül verin.
6. Vize ve final sorularını geçmiş yılların TUS sorularından hazırlayın.
7. İnterim TUS'a çalışmaları için zor kullanın.
8. Her vizitten önce "Dün TUS için ne yaptın?" viziti yapın.
9. "TUS a hazırlık stajı" koyun10. Öğrenci sayısı: kadar TUS da kadro açın
11. Kadrolarınız için fakültenizden mezun olma koşulu koyun12. Alternatif TUS düzenleyin
13. Hipertansiyonlu hastalarınıza TUZ'un, öğrencilerinize TUS'un önemini vurgulayın
14. Tüm bunları yapıyorsanız tıp eğitiminin amacını ve pratisyen hekim olarak başarı ile hizmet veren öğrencilerinizin de olduğunu düşününüz.

**MALATYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NCE 1995 VE 1996 YILLARINDA YÜRÜTÜLEN
UYUM EĞİTİMİ PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Y. Doç. Dr. Metin GENÇ*, Dr. Suat YALÇINSOY**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya.

**İl Eğitimcisi, Ruh Sağlığı Şube Müdürü, Sağlık Müdürlüğü, Malatya.

ÖZET

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet içi eğitim programlarından biri olan "Uyum Eğitimi"nin Malatya ilindeki uygulamasını değerlendirmek için yapılmıştır. Bu programa 1995 ve 1996 yıllarında 420 hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru katılmıştır. Katılımcıların eğitimden önce ve sonra aldıkları test puanları bazı değişkenler yönünden incelenmiştir. Veri kaynağı olarak "Katılımcı Bilgi Formları" kullanılmış ve örneklem alınmaksızın tüm katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Herbiri 10 işgünü süren bu eğitimler boyunca katılımcılar, eğitim ekibince temel sağlık hizmetleri konusunda eğitilmişlerdir.

Katılımcıların ortalama yaşı 29.8 ± 6.2 , ortalama memurluk süresi ise 8.7 ± 6.8 yıldır. Eğitim verilen personelin sadece %13.5'i kırsal bölgede çalışıyordu. Başarı sınırı en az 70 puan kabul edildiği zaman, eğitimden önce katılımcıların sadece %7.9'u başarılıdır; öte yandan eğitimden sonra bu oran %76.7'ye çıkmıştır. Katılımcıların eğitimden önce ve sonra aldıkları puanlar her meslek grubu içinde karşılaştırılmış ve katılımcıların eğitim sonrası aldıkları puanlardaki artışa bağlı olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($P=0.000$).

Sonuç olarak eğitimin başarılı olduğu görülmüştür. Temel sağlık hizmetleri hakkındaki "Uyum Eğitimi" uygulamalı olarak yürütülmeli ve kırsal alanda çalışanlarla göreve yeni başlayanlara öncelik verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık personeli, hizmet içi eğitim.

SUMMARY

This research has been done in order to assess the practice of "Adaptation Education" which is one of the in service education programmes of the Ministry of Health, in Malatya province. As totally 420 physicians, nurses, mid-wives and health officers joined this programme in the years of 1995 and 1996. The test points participants took both before and after the education were studied from the point of view of some variables. Participant Data Forms were used as data resources and all the participants were concerned about the study without using sampling. During these educations, each of which lasted 10 workdays, participants were educated about basic health services by the education team.

The average age of the participants was 29.8 ± 6.2 and the average working year was 8.7 ± 6.8 . Only 13.5% of the personnel who were given the education, were working in rural areas. Upon accepting the success limit at least 70 points, only 7.9% of the participants were successful before the education; on the other hand, this rate reached 76.7% after the education. The points that participants got before and after the education were compared within each professional groups and significant differences were found out due to the increase of the points taken by the participants after the education ($P=0.000$).

As a result, it has been seen that, the education was successful. The Adaptation Education about basic health services should be carried out as practically and personnel working in rural areas and freshmen should be given priority.

Key words: Health personnel, in service education.

**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TIP EĞİTİMİ ve
MEZUNİYET SONRASI İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ**

Y. Doç. Selçuk KÖKSAL¹, Uzm. Dr. Suphi VEHİD¹, Uzm. Dr. Aydın TUNÇKALE², Dr. Ethem ERGİNÖZ¹, Uzm. Dr. Günay ÇAN¹

¹Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı

ÖZET

Giriş: Ülkemizde sağlık göstergeleri halen arzu edilen düzeye getirilememiştir. Sağlık göstergelerinin iyileşmesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi düzenlenmesine yanısıra birinci basamak sağlık hizmetinde görev alacak pratisyen hekimin sayısına ve kalitesine bağlıdır. Tıp fakültelerinin hekimin yetiştiği yegane kaynak olduğu gerçeğinden hareketle fakültemizde öğrenim görmekte olan öğrencilerin tıp fakültesine başlamalarındaki etkenler ve tıp öğrenimi sonrası hakkındaki düşünceleri araştırılmak istenmiştir.

Yöntem-Gereç: Araştırma Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde 1995-1996 Eğitim-Öğretim yılında 2. 3. 4. 5. 6.sınıflarda öğrenim gören toplam 1340 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Hazırlanan anket formları öğrencilere dersliklerde gruplar halinde dağıtılmış, gerekli açıklamalar yapılarak doldurmaları sağlanmış, elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilerek bulgular ve tartışma bölümünde sunulmuştur.

Bulgular: Öğrencilerin yaklaşık %40'ının ilk üç tercihlerinde Tıp Fakültesinin yer almamış olmasından öncelikli olarak bu mesleği seçmedikleri anlaşılmaktadır. Fakülte'de okurken bu mesleği seçmiş olmasından dolayı pişmanlık duyanların oranı azımsanmayacak derecede yüksektir. Öğrencilerin sadece %2.2 gibi düşük bir oranı tıp fakültesinden mezun olduktan sonra pratisyen hekim olarak çalışmayı düşünmektedir, buna karşılık bir dalda uzmanlaşmayı düşünenlerin oranı %87.5'dir.

Sonuç: Ülkemizin temel sağlık göstergelerinin daha iyi olması için tıp eğitiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin vurgulanması yanısıra, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak pratisyen hekimin maddi ve manevi tatmini ve halkın pratisyen hekime bakış açısının değişmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Aim: Health indicators are not reached desirable level in our country. Health indicators can be increased by good organisation of primary health care service, which depends on the quantity and quality of general practitioners worked at primary health care units. Knowing that the medical schools are only single source of the general practitioners, we tried to determinate the reasons for selecting medical schools for graduation and their thoughts after graduated as a doctor at the students were getting education between the second and sixth year in our medical school.

Material-Method: 1340 medical school student between the second and sixth class were consist in the study, were getting medical education at Cerrahpaşa Medical School. The data's obtained from the students by the questionnaire forms have been analysed with appropriate statistical methods.

Findings: We determinate that medical education was first preference of the 586 student, the second preference of the 127 student and the third preference of the 126 student. We determinate that the medical education was out of third preference on the 40% of the students. A lot of students were filling regret for starting education in a medical school. Only 2.2% of the students were thinking to work as a general practitioner, 87% of them were thinking to become specialised.

Result: For having good health indicators we need good organisation of primary health care service of referral chain. The emphasise must be given to the importanc of primary health care service in the medical education. General practitioners work at primary health care service must be supported by morally and physically.

**ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE
BİLDİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ulusal halk sağlığı kongrelerine sunulan bildirilerin nicelik ve nitelik yönünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Bildiri özetleri (n=806), yayınlanmış kongre kitaplarından yararlanılarak geldiği yer, yazar, araştırma yöntemi ve bulguların sunumu yönünden değerlendirildi. Veriler kodlanarak bilgisayar ortamında tanıtıcı istatistikleri hesaplandı.

Bulgular: İncelenen 806 bildiri özetinin %11.0'i özet ya da öz denebilecek bilgi içermiyordu. Bildirilerin %36.2'si halk sağlığı anabilim dalları dışından gelmişti, ortalama yazar sayısı 3.2 ve ilk yazarların %52.3'ü kadındı. Özetler ortalama 162±67 kelime içermekteydi. En çok anket yöntemiyle (%57.6) veri toplanmış ve kesitsel tipte (%43.6) araştırma yapılmıştı. Özetlerin %22.2'sinde sayısal veri kullanılmamış; analitik ve deneysel çalışmaların %11.9'unda ise bulguların istatistiki önemi verilmemişti.

Sonuç: Halk sağlığı kongre bildiri özetlerinin yazımında kurallara yeterince uyulmamaktadır. Halk sağlıkçılarının bu konuda daha dikkatli olmaları gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Sözcükler: Özet, araştırma yöntemi, kongre

SUMMARY**THE ASSESSMENT OF THE REPRESENTATION OF NATIONAL PUBLIC HEALTH CONGRESS**

Aim: In this study it was aimed to assess quantity and quality of the representation of national public health congress. Methods: The abstracts of the studies (n=806) were assessed from national public health congress books, considering where the studies were carried out, authors, the design of study and their data's presentation. The data was codified and estimated by using descriptive statistics in computer environment.

Results: Of 806 abstracts of representation 11.0% did not include summaries or the knowledges which can be considered as abstract. 36.2% of the representation did not come from public health departments. The average number of the author of representation was 3.2 and the percentage of the female first author was 52.3%. Abstracts were included average 162±67 words. The data was mostly collected by questionnaire method (57.6%) and studies were mostly cross-sectional type (43.6%). 22.2% of abstracts did not include numeric data, while 11.9% of analytical and experimental studies did not mention the significance of the statistics between data.

Conclusion: It was concluded that in publication of the abstracts of representation of public health congresses, the rules of publication did not take care of consideration enough. It can be concluded that public health workers should be more careful in this issue.

Key words: Abstract, study design, congress

ERLERE YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİNDE ASKER HEMŞİRE ÖĞRENCİLERİNİN
AKTİF KATILIMI İLE GERÇEKLEŞEN
BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ

*ÖZKAN Ö., **BİÇER T., ***İNANÇ., N ****HATİPOĞLU S.

*GATA HYO Halk Sağ. Hemş. Doktora Öğr.

**GATA SMIYO Halk Sağlığı Hemş. Öğrt. Gör.

***GATA HYO Kadın Hast. ve Doğum Hem. ABD Bşk.

****GATA HYO Cerrahi Hast. ABD Bşk.

Ülkemizin epidemiyolojik tablosu gerek önlenabilir ölümler, gerekse korunabilir hastalıklar yönünden, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yeterince sunulmadığını göstermektedir. Toplumumuzda yıllık nüfus artışının %0 21,7, toplam doğurganlık hızının 2,7 olduğu, her evli on kadından 3,7'sinin hiç bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, her beş çocuktan birinin tam bağışık olmadığı, kişi başına düşen koruyucu sağlık hizmetleri harcamalarının 12,8 \$ olduğu, evli her beş kadından birisinin eşiyile akraba bulunduğu, erişkin erkek nüfusunun yarısının sigara içtiği, bulaşıcı hastalık sayısının giderek arttığı ve bulaşıcı hastalıkların bebek ölümleri nedenleri içinde birinci sırada yer aldığı bir sağlık tablosu ile karşı karşıyadır (8).

TIP ETKİNLİĞİ SÜREKLİ EĞİTİMİ GEREKTİRİR

Ayşegül YILDIRIM*, Efe ONGANER**, Yıldırım ÇINAR***

*Haydarpaşa Numune Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzman Dr., İstanbul

**Haydarpaşa Numune Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistan Dr., İstanbul

***Haydarpaşa Numune Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörü, Doç, Dr., İstanbul

ÖZET

Tıp alanındaki hızlı gelişmeler, tıbbi teorik bilgi ve uygulamasının aynı hızla değişmesini zorlamaktadır. Artan iletişim ve eğitim imkanları bu alandaki beklentileride büyütüştür. Bu süreç dahilinde tıp fakültesi yıllarında alınan eğitimin bir zaman ertesinde yetersiz kalacağı açıktır. Bu nedenle tıp eğitimi hayat boyu sürecek bir devamlılığa ihtiyaç duymaktadır.

SUMMARY**PRACTICE OF MEDICINE NECESSITATES CONTINUING EDUCATION**

Rapid advances in the area of medicine enables the theoretical and practical information burden to undergo a constant evolution. The increasing use of the advanced information technologies are also among the driving forces behind this evolution. This has brought us to the point to understand how insufficient the training given at medical schools at one time may become. Thus, medical training has to be regarded as a life long process.

**SAMSUN MERKEZ SAĞLIK OCAKLARINDA GÖREV YAPAN YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN
İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yrd. Doç. Dr. Cihad DÜNDAR, Araş. Gör. Dr. A. Tefik SÜNTER, Araş. Gör. Dr. Melek COŞKUN,
Araş. Gör. Dr. Murat TOPBAŞ, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, SAMSUN

ÖZET

Amaç: İlk Yardım: yaşamı tehlikeye düşüren herhangi bir durumda gerekli acil bakım ulaşıma dek anında ve olay yerinde, kişinin durumunun daha kötüye gitmesini önlemek ve yaşamın kurtarılması için yapılan işlemlerdir. Böyle durumlarda yapılacak olan bilinçli ilk yardım, bir tedavi kurumunda yapılacak tedavinin başarısını arttıracak gibi, ölümleri de %20 azaltmaktadır. Bu çalışmada, Samsun il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan yardımcı sağlık personelinin "ilk yardım" konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Samsun il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan 172 yardımcı sağlık personeline ilk yardımın amacı, kanama, suni solunum, kalp masajı, zehirlenme, yanık, yaralanma, epilepsi, hasta taşınması ve bilinci kapalı hastaya yaklaşım ile ilgili 15 soruluk anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: Tüm personelin %87,2'sinin ilk yardım konusunda bir eğitim aldığı, %91,8'inin ilk yardımın amacını doğru olarak bildiği saptanmıştır. Hasta taşınması, bilinci kapalı hastaya, yaniğa, şofben nedeniyle oluşan zehirlenmeye, vücuduna yabancı cisim girmiş hastaya yaklaşımları ile gazyağı için hastanın kusturulmaması gerektiğini bilmeleri büyük oranda doğru olup, epilepsi nöbeti geçiren hastaya yaklaşımları ile kalp ve solunum sistemine ait sorulara verdikleri yanıtların yetersiz olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık personelinin çeşitli ilk yardım konularına ait verdikleri yanıtlar büyük oranda doğru olmakla birlikte, eksiksiz bilimleri beklenen kalp ve solunum sistemine ait sorulara verdikleri yanıtlar arzu edilen düzeyde değildir.

SUMMARY**THE EVALUATION OF HEALTH WORKERS' KNOWLEDGE LEVELS ABOUT FIRST AID
WORKING AT PRIMARY HEALTH CARE UNITS IN SAMSUN**

Purpose: First aid is the initial and immediate care given to a victim outside the hospital environment, with the purpose of assuring life and avoiding worsening conditions until he/she received qualified assistance. True application of first aid may increase the success of a treatment that will be given at a hospital and decrease the deaths by 20%. The aim of this study was to determine theoretical knowledge in lifesaving first aid among health workers at primary health care units in Samsun.

Material-Method: A questionnaire consisted of 15 questions was applied to 172 health workers working at primary health care units in Samsun face to face to obtain their knowledge about the aim of first aid, assessment of the victim, cardiorespiratory resuscitation, poisoning, burns, wounds, epilepsy, hemorrhages and the transportation of the victim.

Results: Of the participants, 87.2% and 91.8% had an education about first aid and knew the aim of first aid, respectively. Their knowledge about assessment of the victim, poisoning, burns, hemorrhages and the transportation of the victim was found adequate but insufficient about cardiorespiratory resuscitation and approach to a patient with epileptic fit.

Conclusion: The answers that health workers gave to the principles of first aid were found generally true, but their knowledge about cardiorespiratory systems wasn't determined as desirable.

HALK SAĞLIKÇILARININ İLGİLENDİKLERİ KONULAR
(Kongre bildirimlerine göre)**Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ, Doç. Dr. Said BODUR**

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Türkiye'de halk sağlıkçılarının bilgi üretimlerinin hangi konularda yoğunlaştığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç-yöntem: Bilgiler yayınlanan Ulusal Halk Sağlığı kongre kitaplarından derlendi, veriler kodlanarak bilgisayar ortamında değerlendirildi.

Bulgular: Halk sağlığı kongrelerine en çok katılımın 1990'da olduğu saptandı. En çok bildiri sunulan konular aile planlaması, hizmet araştırmaları ve çocuk sağlığı idi. Bazı konularda bildiri sayısı beklenenden azdı. İlk yazarın akademik kariyerine göre konuların dağılımı farklılık göstermekteydi. Hekim olan ve olmayan halk sağlıkçıların farklı konularda araştırma yaptıkları görüldü.

Sonuç: Halk sağlığı kongrelerine sunulan bildirimlerin konuları ağırlıklı olarak ülke gündemiyle ilgilidir. Ancak kongrelere katılım giderek azalmaktadır. Türkiye'de halk sağlığı gündemi daha sık tartışılmalı ve kongrelere katılım özendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Halk sağlığı, kongre, araştırma konuları

SUMMARY**THE TOPICS OF WHICH PUBLIC HEALTH WORKERS INTERESTED**
(ACCORDING TO THE CONGRESSES REPRESENTATIONS)

Objective: This study was performed to determine the topics were interested by public health workers in Turkey. Methods: All of the abstracts of public health congresses' representations were evaluated. The data was obtained from the published congress books, codified, and evaluated by using computer.

Results: The participation to public health congress was highest in 1990. The most presented topics were family planning, utility for health services and child health. The number of declaration was not adequate in some topics. The topic distribution was different according to academic carrier of the first author. Presented subjects by medical doctors and other investigators were different.

Conclusion: The topics presented to the public health congresses are interested mostly with the country agenda by years. But the participation to the congresses has been decreased. The public health agenda in Turkey should be more discussed and the participation to the congresses should to be encouraged.

Key words: Public health, congress, topics of research

**EBE VE HEMŞİRELERİN SAĞLIK EĞİTİMİ İLE İLGİLİ
GÖRÜŞLERİ VE UYGULAMALARI****R.S. TABAK*, H. SUR*, L. KÖKSAL****

*Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi

**Yüksek Hemşire, Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi

ÖZET

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan ebe ve hemşirelerin sağlık eğitimi konusundaki görüş ve uygulamaları konusunda bilgi elde etmek amacıyla planlanan bu çalışma İstanbul ilinin Anadolu yakasında bulunan Sağlık Grup Başkanlıkları, Sağlık Ocakları ve Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan ebe ve hemşireleri kapsamaktadır. Geliştirilen anket 212 ebe ve hemşireye uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu sağlık eğitimi temel sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi olarak görmektedir. Buna karşılık, araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin ancak yarısından biraz fazlası (%54.7) sağlık eğitimi hizmetlerinde aktif olarak görev almaktadırlar. Sağlık eğitimi çalışmalarını yürüten ebe ve hemşirelerin de yalnızca yarısı (%52.6) bu görevi gönüllü olarak üstlendiklerini belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin çoğunluğu (%57.0) sağlık eğitimi ni tüm sağlık personelinin yürütmesi gereken bir hizmet olduğu görüşünü savunurken, önemli bir bölümü de (%41.5) bu hizmetin profesyonel sağlık eğitimcileri tarafından yürütülmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Eğitim araç ve materyalinin yetersizliği ebe ve hemşireler tarafından sağlık eğitimi çalışmalarının yürütülmesini olumsuz etkileyecek başlıca neden olarak belirtilmiştir. Halkın eğitim çalışmalarına karşı ilgisizliği bu konuda karşılaşılan diğer bir önemli zorluk olarak belirtilmiştir. Ebe ve hemşirelerin yalnızca %10.5'i eğitim ve iletişim bilgi ve becerisi yönünden kendisini yetersiz bulmasına karşın büyük bir bölümü (%77.4) bu konularda hizmetçi eğitimlere katılmaya istekli olduklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, ebe ve hemşireler yeterli hizmetçi eğitim aldıkları ve araç-materyal desteği sağlandığı takdirde sağlık eğitimi alanında aktif görev almayı istemektedirler.

SUMMARY**OPINIONS AND PRACTICE OF MIDWIVES AND NURSES ON HEALTH EDUCATION**

This descriptive study was carried out to collect data on the opinions and practices of the midwives and the nurses who have been working in the primary health care units such as Health District Headquarters, Health Centers, Maternal-Child Health and Family Planning Centers on the Anatolian side of İstanbul. A specially developed questionnaire was applied to 212 midwives and nurses by trained pollsters. According to the results derived from the obtained data, almost all of the midwives and nurses accept health education as a basic component of primary health care. Whereas, only a little more than a half of them (54.6%) have been working in health education services actively, and 52.6% of them accepted this duty voluntarily. While the majority of the midwives and nurses (57.0%) stated that health education is among the main duties of all health personnel, 41.5% of them expressed that it should be carried out by professionals and specialists in this field. The scarcity of educational media and materials has been pleaded as the major negative factor for the unsuccessful practices of health education while the indifference of people is on the second place. Even though only 10.5% of the midwives and nurses expressed that they were inefficient in both educational and communicational practices, most of them (77.4%) showed a great eagerness to participate in inservice trainings on these subjects.

Consequently, it has been found out that the midwives and nurses are eager to carry out health education activities in case they are trained properly and provided with necessary educational media and materials.

P2

**ANA
ÇOCUK
SAĞLIĞI
ve
AİLE
PLANLAMASI**

**BALIKESİR MERKEZ 6 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE
ÇOCUK SAHİBİ ANNELERİN EMZİRMELERİ HAKKINDA BİR ARAŞTIRMA**

Dr. A.N. KİŞİOĞLU* F. TÜFEKÇİ** N. KARADAĞ** S. BAŞKURT**

*Devlet Hastanesi/Isparta

**Atatürk Sağlık Meslek Lisesi/Balıkesir

ÖZET

Anne sütü en az ilk 4-6 ay boyunca bebeğin gelişiminde gerekli olan biyolojik ve psikolojik tüm gereksinimlerini karşılar. Emzirme sadece bebeğin beslenmesi değil, ruhsal gelişimi açısından da önemlidir.

Bu çalışma Balıkesir il Merkezi 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde ev ziyaretleri yapılarak 266 anne ile görüşülerek 3 Mart-27 Haziran 1997 tarihleri arasında anket formu doldurularak yapılmış, veriler bilgisayarda EPI5 programı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun yüzde 85.5'i bebeğini emzirdiğini belirtmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bebeğini emziren ve emzirme konusunda bilgi alan anne oranı artmaktadır. Kadının ve çocuğun sağlığı açısından anne sütü ve emzirmenin önemi düşünüldüğünde bu oranın artması, eğitimin önemini ortaya koymaktadır.

Bebeğin büyüme ve gelişmesini izlemede sağlık ocağı ve sağlık personeline başvuran anneler yüzde 59.3'tür. Sağlık personelinin amacı yalnız çocuk sahibi kadınların değil doğurgan yaştaki bütün kadınların sağlık ocaklarına gelmelerini ve sağlık personeli ile etkili bir iletişim kurmalarını sağlamak olmalıdır.

Bebeğini üç ay ve daha az emzirdiğini belirten anne oranı yüzde 19.9'dur. Çalışmalarımız bu sürenin en az 4-6 ay olmasını sağlamak üzere planlanmalıdır.

Bebeğe ilk verilecek gıdayı şekerli su olması olarak belirtenler yüzde 19.9'dur. Bebek beslenmesindeki bu tür yanlış inanışların olumsuz etkileri düşünüldüğünde bu konunun üzerinde önemle durulması gerekmektedir.

SUMMARY

This survey has been made in Balıkesir city center by visiting 260 women at their homes in the areas of village clinic number 6.

The questionnaires have been made face to face and results have been evaluated by the computer program of Epi-5.

The 1.8% of the women who formed out the survey environment, was married at the 19 and below. And the 2.6% of them were illiterate.

Women who gave their first birth at the age of 24 and below were 11.2%. Women who nursed their babies were 85.5%. Women who nursed their babies for 3 months and below were 19.9%. The ratio of the women who have been educated about baby feeding and nursing is increasing.

Our studies are targeting to make the nursing period minimum of 4-6 months.

**ANKARA'NIN ON MERKEZ İLÇESİNDE ANNE SÜTÜ İLE İLGİLİ
BİLGİ TUTUM ve DAVRANIŞLARIN İNCELENMESİ**

Dr. Nazlı DALGIÇ*, Dr. Selda HİZEL**, Dr. M. Rifat KÖSE***

* Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi, Halk Sağlığı Uzmanı

** 3'noiu AÇSAP Merkezi, Pediatri Uzmanı.

*** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müd., TC Sağlık Bakanlığı

ÖZET

Araştırma 15-49 yaş grubu, evli ve doğurgan çağıdaki kadınların anne sütü ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu doğrultuda Ankara'nın on merkez ilçesindeki sağlık kurumlarına herhangi bir nedenle baş vuran 710 kadına sosyoekonomik durum, parite ve anne sütü ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlara yönelik anket formu doldurulmuştur.

Annelerin eğitim düzeyi artıkça bilgi seviyelerinin de arttığı gözlenmiştir. Ek gıdaya başlama durumu eğitim düzeyi ile ters orantılı olarak bulunmuştur. Son doğumun hastanede yapılmış olması bilgi ve tutumlarda bir değişikliğe yol açmamıştır.

Gerek antenatal ve gerekse postnatal dönemde verilen eğitimin yeterli olmadığı ve sosyal yaşantıyı göz önünde bulundurmadığı sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

Research has been planned to examine knowledge and behaviour of 15-49 aged, married and fertile group of women about breastfeeding.

Therefore; to 710 women, administered to different primary health care units in ten central provinces of Ankara for different purposes, a questionnaire including socioeconomic conditions, parity and knowledge, behaviour about breastfeeding has been applied.

The level of knowledge has been found increased as the education level increases. Giving additional nutrients is inversely related with education level. Making last delivery at hospital has not changed knowledge and behaviour.

So, antenatal and postnatal education has been found insufficient and do not include social living.

KADINLARIN KULLANDIKLARI GEBELİK ÖNLEYİCİ YÖNTEMLERE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ve MEMNUNİYETLERİ

Prof. Dr. Ayla BAYIK¹, Arş. Gör. Esin TÜRKİSTANLI², Arş. Gör. Aynur UYSAL², Arş. Gör. Ziyafet UĞURLU²

¹Ege Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hem. AD Başk.

²Ege Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hem. AD

ÖZET

Kadınların kullandıkları gebelik önleyici yöntemlere ilişkin görüşleri ve memnuniyetlerini belirlemek amacıyla yürütülen bu tanımlayıcı ve kesitsel alan araştırmasının verileri 26 AÇSAP merkezi arasından 3'ü gecekondü, 3'ü gecekondü özelliği olmayan bölgede olmak üzere küme örnekleme seçilen 6 AÇSAP merkezinde Şubat-Mayıs 1997 tarihleri arasında başvuran kadınlarla (336) anket formundan yararlanılarak görüşme ile toplanmıştır. Kadınların yaş ortalaması 28.7 olup, %47.6'sı ilkököl eğitimi almıştır. İlk evlilik yaşlarının ortalaması 19.7 olup, ideal evlilik yaşları ise 22.4'dür. Kadınlar ortalama 9.1 yıldır evlidir. Ortalama gebelik sayısı 2.5 olan kadınlar için çocuk sayısı ortalaması 2.2'dir. Kadınların halen %94.9'u herhangi bir yöntemle korunmaktadır. Korunanların %45.7'sinin RiA, %16.4'ü hap, %22.1'inin kondom, %8.8'inin geri çekme, %2.2'sinin sterilizasyon, %1.3'ünün geleneksel yöntemler, %3.5'inin de enjeksiyon ile korunduğu belirlenmiştir. Geri çekme dışında kullanılan tüm yöntemlerin yüzdeleri ülke geneline ve bölgesel araştırma verilerine göre yüksektir. Kadınların %31.3'ü son kullandıkları yöntemi AÇSAP merkezlerinden, %40.2'si sağlık ocaklarından temin etmiştir. Kadınları en yüksek oranda hapi (%100), kondomu (%97.1), RiA'yı (%94.5), enjeksiyonu (%91.0), geri çekmeyi (%95.7) kolay elde edilebilir bulmaktadırlar. Kadınların %100'ü sterilizasyonun geri dönüşü olmadığını, %75.0-90.0 gibi değişen oranlarda da diğer yöntemlerin geriye dönüşünün yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonuçları doğrultusunda aile planlaması hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında danışmanlık çabalarının artırılması ve toplumu temsil eden çalışmaların planlanması önerilmiştir.

SUMMARY

WOMEN'S VIEWS AND CONTENTMENT FOR CURRENTLY USED CONTRACEPTIVE METHODS

This study aimed to investigate women's views and contentment for currently used contraceptive methods. Data of this descriptive and cross sectional study was gathered from 336 women who applied for health centers by using a questionnaire form with interview technique during the study period (February-May 1997). Study was implemented in six maternal and child health and family planning centres selected by cluster sample method among 26 centres in İzmir. According to the study results the mean age for women was 28.7. 47.6 per cent of women graduated from primary school, age at first marriage was 19.7, but ideal age for first marriage reported by women was 22.4. Mean number of pregnancy was 2.5, ideal number of children was found to be 2.2. 94.9 per cent of women were currently using any form of contraception at time of survey. Methods using by contracepting women were as follows: IUD (45.7%), pills (16.4%), condoms (22.1%), withdrawal (8.8%), sterilization (2.2%), traditional methods (1.3%), injectable contraception (3.5%). With the exception of withdrawal methods, percentages of all methods used were found to be higher than the percentages of methods currently used by the women in Turkey, 71.5 per cent of women reported having family planning services from MCH centres. Pills, condom, IUD, injectable contraception and withdrawal were found to be mostly available methods. All women knew about irreversible effects of sterilization.

In sum, counselling, accessibility and low-cost services should be established into the family planning services for quality, and studies on defining knowledge, practices, concerns and obstacles in family planning should be implemented.

**TOPLUMDA ANNELERİN EMZİRME ve
EK GIDA TERCİHLERİ**

Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Serap ÇETİN

Seiçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, toplumda tek başına anne sütü verme süresi, toplam emzirme süresi ve ek gıdaya geçişte tercih edilen gıda çeşitlerini belirlemektir.

Gereç-yöntem: Çalışma 1997 yılında Konya il merkezinde rasgele belirlenen beş sağlık ocağı bölgesinde yapıldı. Çalışma popülasyonu 12-23 aylık bebeği olan annelerdi. Veriler yüz yüze görüşerek toplandı.

Bulgular: Araştırma toplumunda emzirme süresi ortancası 12 ay idi. Emzirme süresi ile öğrenim düzeyi ve çocuğun doğum sırası arasında ilişki bulundu. Ek gıdaya geçme zamanı ortancası 3 ay olup annelerin %43.4'ünün ek gıdaya erken ya da geç başladığı saptandı.

Sonuç: Toplumda emzirme süresi yeterli değildir. Ek gıdaya geçmede hatalı tutumlar vardır. Anne ve anne adayları bu konularda eğitilmelidir.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, emzirme, ek gıda

SUMMARY**THE ATTITUDE OF COMMUNITY TO BREASTFEEDING AND WEANING**

Objective: The aim of this study to determine the attitude of mothers to breastfeeding and weaning.

Methods: This study was performed at the areas of five health center which selected randomly in Konya city center in 1997. Population of the study were mothers who have child aged 12-23 months. Data was obtained through interviewing.

Results: The median duration of total breastfeeding was 12 months. Duration of total breastfeeding was related both to education level of mothers, and to order of delivery of their children. The median duration of breastfeeding was 3 months. 43.4% of mothers had been started additional feeding earlier or later according to accurate time.

Conclusion: The duration of total breastfeeding is short. There is a mistaken attitude to time of additional feeding.

Key words: Breastfeeding, weaning, infant feeding

AŞI TAKVİMİNE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doç. Dr. Said BODUR

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Çalışma, Konya il merkezinde aşı takvimine uyum düzeyi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç-yöntem: 1997 yılında yapılan araştırmanın evreni Konya il merkezindeki 2-23 aylık bebek ve çocuklar olup örneklem sistematik küme örnekleme yöntemiyle belirlendi. Veriler gözlem ve anket yardımıyla toplandı. Bulgular: 467 çocuk için elde edilen sonuçlara göre aşı oranı %79.9'du. Ancak, gecikmesiz olarak aşı takvimine uyum oranı %35 düzeyindeydi. Aşı takvimine uyum ile çocuğun cinsiyeti, kardeş sayısı, ölen kardeşinin olup olmaması, ve aşı ile korunabilir hastalık geçirip geçirmemesi arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. Buna karşılık annenin yaşı, annenin öğrenim düzeyi, çocuğun yaşı, babanın mesleği ve ailenin kendi tanımladığı ekonomik düzey ile aşı takvimine uyum arasında olumlu ya da olumsuz yönde ilişkiler saptandı.

Sonuç: Annenin öğrenim düzeyinin artırılması, ileri yaşta gebeliklerin önlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanışın özendirilmesi toplumda aşı takvimine uyum oranlarını artıracaktır kanısına varıldı.

Anahtar sözcükler: Aşılama, aşı takvimi, sosyoekonomik faktörler

SUMMARY**THE FACTORS AFFECTING STRICT FOLLOW OF THE VACCINATION PROGRAM**

Objective: In this study, it was aimed to determine rate of strict follow of the vaccination program and it related factors.

Methods: In 1997, the survey was performed on 467 children aged 2-23 months who were living in the center of Konya province. The sampling was determined by using cluster sample method. The data were obtained through interview with the children's mothers and by the checking vaccine cards. Results: 79.9% of the children was vaccinated in according to their ages. But the rate of strict follow-up to the vaccination program was only 35.0%. There was no relation between the strict follow of the vaccination program and the gender of children, The order of delivery, the presence of died brothers and/or sisters, and whether he (she) is exposed to vaccination preventable disease. There was significant relationship between the rate of strict follow of the vaccination program and the mother's age and their educational level, the age of children, the job of the father, and the income of the family.

Conclusion: Raising of women's educational level, avoiding pregnancy in advanced age, increasing the awareness of the primary health care services are necessary for increasing of the rate of strict follow of the vaccination program.

Key words: Immunization, vaccination program, socioeconomic factors

**KLİNİKTE YATAN GEBE KADINLARIN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA
BİLGİ ve TUTUMLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ömer R. ÖNDER¹, Doç. Dr. Nilgün SARP²

¹Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Uzmanı.

²Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Dekan Yardımcısı, Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı.

ÖZET

Bu araştırma, klinikte yatan gebe kadınların aile planlaması konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi Doğum Kliniği'ndeki 60 hasta oluşturmuştur. Hastaların tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kesitsel türde olup, aile planlaması konusundaki bilgiler anket tekniği ile Mayıs 1995'de elde edilmiştir. Klinikte gebelik yada doğum nedeniyle yatan hastaların aile planlaması konusundaki bilgileri yeterli değildir. %98.3'ü aile planlamasının gerekliliğine inanmakta, ancak %33.3'ü etkili yöntem kullanmaktadır.

SUMMARY**EVALUATION OF IN-PATIENT PREGNANT WOMEN
IN TERMS OF THEIR KNOWLEDGE AND ATTITUDE IN FAMILY PLANNING**

This survey has been carried out to evaluate the knowledge and attitude of in-patient pregnant women in family planning. The space of this survey consisted the 60 patients in the delivery clinic of Dr. Zekai Tahir Burak Maternity Hospital All patients were included in the survey and the improbable sampling method was used. This is a cross-sectional type survey. The data about family planning were collected by using the questionnaire technique in May, 1995. The knowledge level of in-patient women due to pregnancy or delivery in family planning subject was found to be insufficient. While 98.3% of the women believe in the necessity of family planning, only, 33.3% of them has been applying the effective methods.

ISPARTA GÖNEN'DE KADINLARIN AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Mustafa ÖZTÜRK*, A. Nesimi KİŞİOĞLU**

*SDİ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Yrd. Doç. Dr., **Isparta Devlet Hastanesi, Uzm. Dr.

ÖZET

SDİ Tıp Fakültesi'nin bölgedeki çalışmalarına ışık tutması amacıyla planlanan bu çalışmada, Isparta İli Gönen ilçe merkezindeki evli kadınların aile planlamasına ilişkin uygulamaları ve bu uygulamayı etkileyebileceği düşünülen faktörler incelendi ve birlikte değerlendirildi. 15-49 yaş grubu evli 233 kadın, 1/2 örnekleme ile belirlendi ve bunların 215'ine (%92.3) ulaşıldı. Araştırmaya alınan kadınların %54.4'ü etkili ve %22.3'ü etkisiz olmak üzere %76.7'sinin yöntem kullandığı anlaşıldı. En fazla kullanılan yöntemlerin sırasıyla RiA (%30.2), geri çekme (%21.4) ve kondom (%16.3) olduğu görüldü. Hap (%2.8) ve tüp ligasyonu (%5.1) da bölgede kullanılan diğer etkili yöntemler arasında idi. Yöntem kullanma ile yaşayan çocuk sayısı, isteyerek düşük sayısı ve bundan sonra çocuk isteme arasında: etkili yöntem kullanma ile isteyerek düşük sayısı ve bundan sonra çocuk isteme arasında anlamlı ilişki bulundu. Bu çalışmada ayrıca, yöntem kullanmayan kadınların önemli bir kısmının menapoza girdiği ya da histerektomi geçirdiği (%28.0), %14 gebe ve %12 emzikli kadının olduğu ve kadınların %20'sinin çocuk istediği için korunmadığı öğrenildi. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, bölgenin aile planlaması açısından diğer bölgelere oranla oldukça iyi bir durumda olduğunu göstermektedir.

**25+YAŞ GRUBU KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ
TUTUM ve DAVRANIŞLARINA EĞİTİMİN ETKİSİ**

Mustafa ÖZTÜRK*, V. Selçuk ENGİN**, A. Nesimi KİŞİOĞLU***, Gülsen YILMAZER****, Esra TÖZÜM*****

*SDİ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Yrd. Doç. Dr., **Isparta (Dr. S. Yağcı) AÇS-AP Merkezi, Uzm. Dr., ***Isparta Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., ****Isparta Sağlık Müdürlüğü, Dr., İnt. Dr.

ÖZET

Isparta Gülistan Sağlık Ocağı bölgesindeki 657 kadının kendi kendine meme muayenesine ilişkin bilgi ve uygulamaları bir ön çalışma ile belirlendi ve ardından bir eğitim çalışması düzenlendi. Altı ay sonra, eğitim çalışmasına katılanlardan oluşan bir eğitim grubu (N=62) ile kontrol grubu (N=63) üzerinde son durum değerlendirildi. Düzenli olarak her ay kendi kendine meme muayenesi yapanlar eğitim grubunda %19.0'dan %67.7'ye, kontrol grubunda ise %54.0'e çıktığı ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Benzer şekilde, kendi kendine meme muayenesini bilme oranının da %30.3'ten eğitim grubunda %77.4 ve kontrol grubunda %50.8'e yükseldiği ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Kendi kendine meme muayenesini bilme ile -her iki grupta-eğitim ve çalışma durumu: bu muayeneyi doğru bir şekilde uygulama ile eğitim grubunda sadece çalışma durumu ve kontrol grubunda ise eğitim, çalışma durumu, yaş ve ekonomik durum arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü.

**İZMİR/ILICA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE AĞUSTOS-EYLÜL 1997 DÖNEMİNDE
GEBE KADINLARIN GEBE BESLENMESİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**ÜZÜM N.¹, SALTIK A.², EKUKLU G.¹, YORULMAZ F.³, BERBEROĞLU U.¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ¹Arş. Gör. Dr., ²Prof. Dr., ³Doç. Dr.**ÖZET**

Giriş-Amaçlar: Gebelik dönemi beslenmesinin ana-çocuk sağlığı bakımından önemi açıktır. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Narlidere Eğitim Araştırma Bölgesi Ilıca Sağlık Ocağı gibi sosyo-ekonomik bakımdan çok farklı grupların birarada yaşadığı, kosmopolit bir bölgedeki gebelerin gebe beslenmesi konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek ve konunun önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Yöntem ve gereçler: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olup; bölgedeki gebe kadınların, gebe beslenmesi konusundaki bilgi düzeyleri yüzyüze anket ile araştırılmıştır. Çalışmada, bölgede o dönemde kayıtlı toplam 70 gebe kadından 58'ine (%82.9) ulaşılabildi. Gebelere 19 soru yöneltildi, demografik veriler ve doğurganlık öyküleri belirlendi, uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi.

Bulgular ve tartışma: Yaş ortalaması 27.5±5.0, uygulanan testten alınan puan ortalaması 84.9±11.7'dir. Sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan grup, orta olan gruba göre önemli ölçüde yüksek puan almıştır. Yalnızca ebeler tarafından izlenen gebelerin puan ortalamasının, hem yalnız doktorların izlediği hem de doktor+ebe tarafından izlenen gruptan önemli düzeyde düşüktür. Eğitimleri orta-okul, lise ve üniversite olan gebelerin puan ortalamaları, okur-yazar olmayan ve ilkokul öğrenimli gruba göre yüksektir.

Sonuçlar: Buna göre, gebe beslenmesi konusunda anne adayının eğitimi ve sosyo-ekonomik durumu ile, verilen gebe izleminin niteliğinin önemi ortaya konulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Gebe beslenmesi, gebede anemi, gebe eğitimi, gebe izlemi, prenatal bakım

SUMMARY**KNOWLEDGE LEVEL OF PREGNANT WOMEN RELATED TO NUTRITION-IN-PREGNANCY
WHO LIVE IN NARLIDERE HEALTH DISTRICT OF 9 EYLÜL UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL, 1997-İZMİR**

Objectives: It's very clear that the role of nutrition during pregnancy from MCH point of view. It's been aimed that delineating the level of knowledge concerning nutrition in pregnancy and emphasizing the importance of pregnant nutrition in the Narlıdere Health District, Ilıca Health Unit of 9 Eylül University Medical School in which a cosmopolitan society live coming from deeply varying socio-economic levels.

Material and methods: The survey is descriptive and cross-sectional in methodology and the knowledge of pregnant women living in the district have been investigated. 58 out of 70 registered pregnant women (82.9%) at the time of survey have been reached. 19 questionnes were directed to the participants via a questionnaire form applied face-to-face, demographic data and the history of fertility were cleared and all data were analysed by appropriate statistical technics.

Findings and discussion: Average age is 27.5±5.0, and the mean score derived from the test applied is 84.9±11.7. Well-beings have gotten significantly higher scores than middle socio-economic class. The mean score of the subgroup who were followed by only midwives is both significantly lesser than either from the scores of the subgroup followed by only physicians and followed by physicians + midwives. The pregnants who have secondary school education and or more have significantly higher knowledge scores in comparison with the others.

Conclusion: According to these data, the importance of training the potential mothers on nutrition in pregnancy, socio-economic level and the quality of the prenatal follow-ups have put forwarded.

Keywords: Nutrition in pregnancy, anemia in pregnancy, training the pregnant, antenatal follow-up, prenatal care

**ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ ÇERÇEVESİNDE
ÜLKEMİZ ÇOCUK SAĞLIĞININ İNCELENMESİ**

Doç. Dr. Nilgün SARP¹, Yrd. Doç. Dr. Nazlı DALGIÇ²

¹AÜ Sağlık Eğitim Fakültesi, Dekan Yardımcısı ve Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı
²AÜ Sag. Eğt. Fakültesi, Sag. Eğt. ABD Başkanı

ÖZET

Bu çalışmada; çocuk hakları sözleşmesi çerçevesinde ülkemiz çocuklarının sağlık durumu incelenmiştir. 54 maddeden oluşan sözleşmenin çocuk sağlığı ile ilgili 17 maddesi ülkemiz çocuklarına sunulan sağlık olanakları ve sağlık verileri çerçevesinde irdelenmiştir.

Sonuç olarak: Yasalarımız, genellikle sözleşmeye uyumlu hale getirmiş olmasına rağmen, ne yazık ki uygulamalar ve çocuk sağlığı ölçütleri yasalara ve sözleşme hükümlerine paralel değildir.

SUMMARY

In this paper, health status of children in Turkey is examined in the frame of the convention on children rights. 17 articles of the convention which are specifically related to the Turkish Children health issues are analysed in the scope of health data and health services provided to the children in Turkey.

In conclusion, even though our laws have been adjusted and new legislation have been made in accordance with the convention, the actual practises concerning children and health indices of Turkish children are not consistent with started laws and the convention.

ÇOCUKLARINDA ENFEKSİYON HASTALIĞI BELİRTİLERİ GÖRÜLEN EBEVEYNLERİN BİR SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURULARINI ETKİLEYEN ETMENLER

Arş. Gör. Hacer ÇETİN

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, ANKARA.

ÖZET

Araştırma Çocuklarında Enfeksiyon hastalığı belirtileri görülen ebeveynlerin bir sağlık kuruluşuna başvurularını etkileyen etmenleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Veriler Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi ve Güverlen Sağlık ocağında, Her kuruluştan 100'er 0-6 yaş grubu çocuğunda enfeksiyon hastalığı belirtisi görülen ebeveynlere görüşme formu uygulanarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler ve Ki-kare (x2) kullanılmıştır.

Değerlendirme sonucunda; Ebeveynlerin Çocuklarında enfeksiyon hastalığı belirtileri görüldüğünde bir sağlık kuruluşuna başvurularını, yaşlarının, eğitim düzeylerinin, çalışma koşullarının, gelirlerinin, sosyal güvencelerinin ve aile tiplerinin, çocuğun demografik özelliklerinin, gözlenen hastalık belirtisi sayısının, belirtilerin görülmesinden sonraki evdeki uygulamalarının etkilediği bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerin sağlık kuruluşuna başvurularını ulaşım koşulları, hizmetin ucuz ve kapsamlı olması ve bu hizmetin önceden tanınması belirlediği ortaya çıkmıştır.

SUMMARY

THE FACTS EFFECTING THE APPLICATIONS OF THE PARENTS OF THE CHILDREN ON WHOM THE SYMPTOMS OF INFECTION DISEASES ARE OBSERVED THE HEALTH CENTERS.

This study is done descriptively for determining the facts effecting the applications of the parents the children on whom the symptoms of infection diseases are observed to the health centers.

Place of the research: The Polyclinic of Infection diseases, Children Hospital University of Hacettepe and Children Hospitals of Dr. Sami Ulus and Güverlen Rural Health Center which are affiliated by the ministry of Health.

The samples of the research are 300 parents who have applied to the stated institutions and on whose children of 0-6 age group the symptoms of infection diseases have been observed.

Data are gathered by using survey method.

Percentage and chi-square importance test have been used for the evaluation of data.

In this research it's finally stated that the applications of the parents on whose children the symptoms of infection diseases have been seen are effected by their ages, education, working conditions, monthly level of incomes, the existence of their social securities, type of family, the demographic characteristics of the child, the number of the symptoms observed on the child, the duration in which these symptom have continued and home remedies. In addition, it's stated that the parents are determining the health institution they apply because of the travelling facilities, the service's being economic and comprehensive and their acquaintance to the stated service.

İLKOKUL 5. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE AŞI BİLGİ DÜZEYLERİ

Arş. Gör. Dr. Ayşegül YILDIRIM, Öğr. Gör. Dr. İşıl MARAL, Prof. Dr. Mehmet Ali BUMİN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Gölbaşı bölgesindeki ilkököl 5. sınıf öğrencilerinin aşilar ve aşı ile korunulabilen hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek ve bilgilendirme müdahalesini takiben bilgilerin ne kadarının öğrenciler tarafından alınabildiğini saptamaktır.

Çalışma Nisan 1997'de yapılmış bir müdahale araştırmasıdır. Gölbaşı merkez ve köy ilkokullarında 5. Sınıf öğrencilere yönelik olarak yapılmıştır. Küme örnekleme yöntemiyle seçilen 8 ilkokuldaki 5. Sınıf öğrencilerinden 402'sine (%88.9) ulaşılmıştır.

Öğrencilerden önce 23 sorudan oluşan anket formunu cevaplamaları istenmiş, bu anketler toplandıktan sonra önceden hazırlanan aşilar ve bulaşıcı hastalıklar hakkındaki standart bilgi formu aktarılmıştır. Bilgilendirmeyi takiben anket formları tekrar dağıtılmış ve bunu yeniden cevaplamaları istenmiştir.

Müdahale öncesinde yapılan anketin değerlendirilmesinde, aşı ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili 13 sorudan her birine doğru ve yanlış cevap verenler saptanmış ve doğru cevap verilen her soruya "1" puan verilmiştir. Buna göre 0-4 puan zayıf, 5-8 puan orta ve 9-13 puan iyi olarak kabul edilmiştir. Daha sonra çapraz tablolar hazırlanmış ve istatistiksel analizler yapılmıştır. Müdahaleyi takiben yapılan ankette yine aşı bilgisi ile ilgili sorular doğru ve yanlış olarak değerlendirilmiştir. Müdahale öncesi ve sonrası doğru ve yanlış durumuna göre Relatif Etkinlikler ve Relatif etkinliğin %95 güven aralığı hesaplanmıştır.

Araştırmada görüşülen 402 kişiden %47.5'i erkek, %52.5'i kızdır. Kız ve erkek öğrencilerin %68.9 ile en büyük yüzdesi 11 yaşındadır. Eğitim öncesinde görüşülenlerin %5.0'i zayıf, %58.9'u orta, %36.1'i iyi not almıştır. Görüşülenlerin cinsiyetleri ile eğitim öncesi notlar, notlar arasında istatistiksel fark yoktur ($p>0.05$). Annenin eğitim durumu ile eğitim öncesi alınan notlar arasında ve annenin eğitim durumu ile eğitim öncesi alınan notlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Aşı ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi sorularında hesaplanan rölatif etkinliklere bakıldığında iki soru dışında tüm sorularca verilen eğitimin bilgi düzeyini artırdığı görülmüştür.

Sonuç olarak eğitim sonrası bilgi düzeylerinin yükselmesi, sağlık konusundaki eğitimlerin artırılmasının faydalı olacağını düşündürmüştür.

SUMMARY

The aim of the study is to evaluate information level of the fifth year primary school students about the vaccines and the diseases that can be avoided by vaccination and to determine how much of the information given is got by the students after informative intervention.

This study is done in April, 1997. It is an intervention study, and is done in primary schools in Gölbaşı Center and the villages of Gölbaşı. Eight schools are chosen by cluster sampling and 402 students (88.9%) are reached.

Before and after informative intervention information is taken from previously prepared standard information form about vaccines and contagious diseases, inquiry forms which include 23 questions are distributed. Pre and post-intervention scores were calculated.

In evaluation of pre-intervention inquiry results, out of 13 questions about the vaccines and contagious diseases: the right answers are given "1" point. In total 0-4 points is regarded as failure, 5-8 points medium, and 9-13 points are regarded as high. After marking cross-tables are prepared and statistical analysis is done. Post-intervention inquiry is evaluated in the same way and due to the marks got by the students Relative Efficacies and 95% confidence interval of the relative efficacy is calculated.

Out of 402 students 47.5% is male, and 52.5% is female, 58.9% of the group is 11 years old. From the ones interviewed 5.0% got low, 58.9% got medium, 36.1% got high marks. There is no statistical difference between sexes due to the pre-intervention marks ($p>0.05$). There is a remarkable statistical difference between the marks, and the educational level of the mother and father separately ($p<0.05$).

From vaccine and contagious diseases related information questions in calculated relative effectiveness except two questions informative intervention have increased information level.

As a conclusion giving health-related education will increase the information level.

**ANKARA GÖLBAŞI BÖLGESİNDE MENAPOZ YAŞI ve
BU YAŞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER****Ögr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Dr. Ufuk YILDIRIM, Dr. Seçil ÖZKAN, Doç. Dr. Sefer AYCAN**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmanın amacı menapoz yaşı ve bunu etkileyebilecek olan eğitim, ilk adet yaşı, evlenme yaşı, doğurganlık özellikleri, sigara içme, oral kontraseptif kullanma durumunu incelemektir. Çalışma kesitsel tipte bir araştırma olup Ankara iline bağlı olan Gölbaşı Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Küme örnekleme ile seçilen 3 köydeki 40-65 yaş arası 611 kadınla görüşülmüştür.

611 kadından 286'sının menapoza girdiği saptanmıştır. Menapoz yaşı ortalaması 46.7 ± 4.8 ve menapoz ortanca yaşı 47.0 olarak bulunmuştur. Sigara kullanma durumu ile menapoz yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). Sigara içenlerde içmeyenlere göre menapoz yaşı daha yüksektir. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre menapoza girme daha düşüktür ($p < 0.05$).

Doğurganlık çağındaki kadınlara menapoz konusunda eğitimler verilmelidir. Menapoz yaşını predispoze edecek faktörler azaltılmaya çalışılmalıdır.

SUMMARY

In this study, it is aimed to investigate the menopausal age and the relation between menopause and factors which possibly could affect this e.g. education, onset of menstruation, marrying age, previous pregnancies, smoking and combined pills. This is a cross-sectional study carried out in Gölbaşı Education and Research Health District (ERHD) in Ankara. A total of 611 women 40-65 years old living in 3 villages were interviewed which had been selected by cluster-sampling.

286 women out of 611 were found menopausal. Mean menopause age and menopause median age were 46.7 ± 4.8 and 47.0 respectively. There was statistically significant difference between smoking and menopause age ($p < 0.05$). Menopause age was higher for women smoking a cigarette than that for women never smoked. Menopause age was lower for women used to take combined pills than that for women never used them ($p < 0.05$).

Interpreting the results of this study, women in fertility period should be educated about menopause. Factors predisposing menopause age should be strived to lessen.

**0-12 AYLIK BEBEKLERDE MAMA KULLANIM SIKLIĞI ve
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

EMEK M.*, KİTAPÇIOĞLU G.*, KUSIN N.**, EGEMEN A.***

* Araştırma Görevlisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bornova İZMİR

** Gıda Mühendisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bornova İZMİR

*** Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bornova İZMİR

ÖZET

Amaç: Bornova-Özkanlar Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-12 aylık bebeklerin beslenmesinde formül mama kullanım sıklığının, mama kullanmaya yönlendiren etkenlerin, annelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin saptanması.

Gereç Yöntem: Bu tanımlayıcı kesitsel çalışmada, 0-12 aylık 339 bebekten %96.75 kapsayıcılıkla 328'ine ulaşılmıştır. Geri kalan %3.25'ine tekrarlayan ziyaretlere karşın ulaşılamamıştır. Annelere, ailelerin sosyo-demografik özellikleri, bebeklerin ayrıntılı beslenme öyküleri, annelerin formül mamaya başlama nedenleri, mama hazırlama, kullanmaları ile ilgili bilgileri içeren anket uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 6.0 Paket programı ile ve ki-kare analizi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: 0-12 aylık bebeklerde mama kullanma sıklığı %46.6 olarak bulunmuştur. Annelerin eğitim durumu, çalışma durumları, ailede kişi başına düşen gelirin artması ile mama kullanım sıklığı artmaktadır. ($p<0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Formül mamaya başlama kriterleri nesnel olarak tanımlanmalıdır. Bebeklerin özellikle ilk 4-6 ayda, anne sütü almalarını sağlamak üzere sağlık personeli ve annelerin sürekli sağlık eğitimi almaları gerekmektedir.

SUMMARY

Aim: To determine the prevalence of the commercial infant formula usage among infants in the district of Bornova-Özkanlar.

Methods: 328 of 339 infants were included in this cross-sectional descriptive study. Data were collected via a questionnaire that socio-demographical characteristics, infant feeding history and knowledge of formula preparation were questioned about. Chi-square analysis and SPSS Statistical Program v. 6.0 was used in data analysis.

Results: The prevalence of infant formula usage was 46.6%. There is a positive relation between educational level, working status of the mothers, per capita income and the infant formula usage ($p<0.05$).

Conclusion: There is a necessity of continuous education for health personnel and mothers about breastfeeding. The objective criteria for beginning the infant formula should be established for the health personnel.

**ADANA'DA 1996-1997 YILLARINDA GÖZALTINA ALINAN ve
TUTUKLANAN ÇOCUKLARIN DURUMU**

Uzm. Dr. Münevver TÜRKMEN, Yrd. Doç. Adnan GÜMÜŞ

Numune Hastanesi, Çuk. Üniv. Eğt. Fak. Sosyoloji ABD

ÖZET

Hızlı kentleşme olgusunun getirdiği ilaç bağımlılığı, çocuk istismarı, ihmal, tecavüz, şiddet gibi psikososyal sorunlar ve yetersiz ev koşulları çocuk haklarının gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyebilen risk faktörleri olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu risk faktörlerinin önemli bir göstergesi gözaltı olaylarıdır. Burada, Adana'da 1996 ile 1997 yıllarında polis kayıtlarına geçen çocuk gözaltı olayları, gözaltına alınış nedenleri, tutuklanma oranları, yaş ve cinsiyet dağılımını belirlenmeye çalışılmaktadır.

Veriler için, Adana Emniyet Müdürlüğü Asayiş Şubesi kayıtları ve CMUK (ceza muhakemeleri usulu kanunu) uygulama formlarına bağlı kalınmıştır.

1996 yılında 37'si kız olmak üzere, 661 çocuk göz altına alınmış, bunların 154'ü tutuklanmıştır. 1997 nin ilk onbir ayında ise 43'ü kız olmak üzere 484 çocuk gözaltına alınmış bunların 139'u tutuklanmıştır. Her iki yıl içinde gerek gözaltına alınan gerekse tutuklananlar içinde 15-18 yaş grubu erkek çocukların büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür. Hırsızlığın en sık işlenen suç olduğu, bunu yaralama ve darp gibi şiddet suçlarının takip ettiği belirlenmiştir. 1996 yılında gerçekleşen 91 adam öldürme olayının yedisini, 1997 yılında gerçekleşen 67 adam öldürme olayının ise dokuzunu çocuklar gerçekleştirilmiştir. İki yıllık süreçte 11-15 yaş grubunda 23 kız çocuğu olmak üzere toplam 80 kız çocuğu gözaltına alınmıştır. Yine en yüksek rakamlar 15-18 yaş grubundaki kızlar için geçerlidir. Kız çocukları tarafından işlenen suçların "diğer" suçlar grubu içinde yer alan "fuhuş" ile ilgili olduğu sanılmaktadır. Sonuç olarak küçük yaşta meydana gelen ve bu anlamda "suça reşit olmayan" ve dolayısıyla "suçlu" sayılmayacak kimse-lerin suç işleyiş nedenleri anlaşılabilir ve bu koşulların düzeltilmesine bir şans tanınabilir.

**ANKARA YUNUS EMRE SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 8-14 YAŞ ÇOCUKLARIN,
ANNELERİNİN VE ÇOCUKLARIN KENDİ İFADELERİNE GÖRE GIDA TÜKETİM SIKLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Tülay BAĞCI, Dr. Mahmut YARDIM, Dr. Dilek ASLAN, Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Ankara Yunus Emre Mahallesi'ndeki 8-14 yaş grubu çocukların, gıda tüketim sıklıklarını annelerin ve çocukların kendi ifadelerine göre saptamak ve karşılaştırmak amacıyla yapılmış bir tanımlayıcı araştırmadır. Tanımlanan yaş grubu ev dışında da gıda tüketmek olanağına sahiptir. Her gıda maddesi için, uygun sıklıkta tüketiliyorsa 1 puan, uygun olmayan sıklıkta tüketiliyorsa 0 puan verilerek gıda tüketim sıklığı puanları hesaplanmıştır. Çocukların kendi ifadelerine göre ortalama gıda tüketim sıklığı puanları 15.2 ± 2.1 , annelerinin ifadelerine göre 15.4 ± 1.9 'dur. Gıda tüketim sıklığı 11 puan ve altında ise yetersiz, 12-15 puan orta yeterlilikte ve 16 puan ve üzeri yeterli olarak gruplandırılmıştır. Bu gruplandırmaya göre annelerin ve çocukların kendi ifadelerinin arasında istatistiksel yönden farklılık saptanmamıştır. Anneler ve çocuklardan tüketim sıklıklarını hergün, günde bir, haftada bir veya nadiren olarak belirtmeleri istendiğinde uyumluluk boyutu %96.3 ile %19.3 arasında değişmektedir. Çikolata, bisküvi dondurma gibi dışarıda tüketilebilen gıdaların tüketim sıklıkları için anneler ve çocukların ifadeleri arasında uyumlu olma boyutu diğer evde tüketilen maddeler için hesaplanan değerden daha düşüktür. Annelerin, çocuklarının gıda tüketim alışkanlıklarını detaylı olarak bilemeyebilecekleri ve araştırmalarda bu durumun göz önüne alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

**A COMPARISON OF FOOD CONSUMPTION FREQUENCY AMONG 8-14 YEARS OLD CHILDREN
BY THE EXPRESSIONS OF THEIR MOTHERS AND THE CHILDREN THEMSELVES IN YUNUS EMRE DISTRICT IN ANKARA**

Dr. Tülay BAĞCI, Dr. Mahmut YARDIM, Dr. Dilek ASLAN, Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

It is a descriptive study about the food consumption frequency of 8-14 years old children and the dimension of agreement between mothers and children on the consumption frequencies. The reason of selecting this age group is that children in these ages are able to get foods also out of home. A food consumption frequency point is calculated for each food material by giving one point for appropriate consumption frequencies and zero point for inappropriate frequencies. The mean of food consumption frequency points calculated according to the expressions of children themselves is 15.2 ± 2.1 and it is 15.4 ± 1.9 for their mothers' expressions. Then frequency points are separated into three groups: 11 points and below are accepted as an insufficient food consumption, 12-15 points accepted as a borderline and 16 and above points accepted as a sufficient food consumption. There is no statistically meaningful difference between mothers' and children's expressions according to this grouping. The rates of agreement between mothers and children on consumption frequencies change in a range from 96.3% to 19.3%, when they asked to specify the frequencies as in everyday, in every other day, once in a week or rarely. Another finding is that the foods like ice-cream, chocolate which can be eaten out of home, have lower agreement rates than the others. These suggest that mothers may not know the food consumption pattern of their children in detail and researchers must pay attention to this fact.

**MENOPOZDA HORMON REPLASMAN TEDAVİSİNİN
SUBJEKTİF SEMPTOMLARA ETKİSİ**

Uzm. Dr. Günay CAN*, Dr. Sadık TOPRAK*, Ebe Vacide YILMAZ**, Uzm. Dr. Ümit ŞAHİN*

*İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Hormon replasman tedavisi dünyada yeterli düzeyde uygulanmamakta ve buda kadın mortalite ve morbiditesini arttırmaktadır. Biz çalışmamızda Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Menapoz Polikliniğine başvuran kadınlarda 1 yıllık tedavi sonrasında "Hormon Replasman Tedavisinin"subjektif olarak semptomlara etkisini araştırmayı amaçladık.

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Menapoz Polikliniğine eylül 1996'da başvuran 60 kadına anket uygulanmış, eylül 97'de ise bunların içinden tedavisine bir yıl ara vermeden sürdüren 20 kadına aynı anket bir kez daha uygulanmıştır

Bizim çalışmamızda bitkinlik-çabuk yorulma, sinirlilik-gerginlik, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, cinsel isteksizlik, yineleyen vaginal enfeksiyon, yineleyen üriner enfeksiyon, çabuk yorulma ve sırt ağrısı semptomlarında anlamlı düzelmeler saptanmıştır.

Tedavinin hayat konforunun üzerine yaptığı olumlu etkilerin, kadınlara daha fazla açıklanması gerekmektedir. Ayrıca tedaviye karar verirken yarar-zarar analizinin yapılması ve bunun kadına da iyi anlatılması gerekmektedir.

SUMMARY

Hormone replacement therapy is not applied enough on all the world's women. This is increased the mortality and morbidity in the women population. The aim of this study is to determine the affects on subjective symptoms of hormone replacement therapy that was continued 1 year. The study was performed in the patients were followed by the Menopause Section of the Gynaecology and Obstetrics Department of Cerrahpaşa Medical Faculty.

The inquiry were performed on 60 patients in September 1996, and these were repeated on 20 of these patients who had been continued the hormone replacement therapy with no interruption.

As a result, the significant improvements were determined for the symptoms of exhausting, irritability, forgetfulness, difficulties of concentration, sexual reluctance, repeated vaginal infection, fatigue and back pain.

The positive effects of treatment of life quality must be explain to women more and advantage and disadvantage analyses must be performed.

SOSYAL HİZMETLER ÇOCUK ESİRGEME KURUMUNA BAĞLI YETİŞTİRME YURTLARINDA BARINAN ADÖLESANLARIN BÜYÜME VE GELİŞME DURUMLARI

Yrd. Doç. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN¹, Uzm. Dyt. Şirin KAYHAN ESER², Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, KONYA

²Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, KONYA

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, yetiştirme yurtlarında kalan adolesanların büyüme ve gelişme durumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç-yöntem: Araştırma, Konya Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı iki yetiştirme yurdunda Ekim 1996-Ocak 1997 tarihleri arasında 13-18 yaş grubu 105 erkek, 73 kız olmak üzere 178 adolesan üzerinde yapılmıştır. Adolesanların vücut ağırlıkları, boy uzunlukları, deri kıvrım kalınlıkları (DKK) ölçülmüş, beden kitle indeksleri (BKİ) ve vücut yağ yüzdeleri (VYY) hesaplanmıştır.

Bulgular: Adolesanların yaş ortalaması 15±1.8'dir. Kızların ortalama vücut ağırlığı 50.1±8.8 kg, erkeklerin 46.3±12.2 kg'dır. Kızların %86.3'ü, erkeklerin %90.5'i normal ağırlıktadır. Kızların ortalama boy uzunluğu 155.0±7.6 cm, erkeklerin ise 155.8±11.9'dur. Kızların %97.3'ü, erkeklerin %95.2'si normal uzunluktadır. Kızların ortalama BKİ'leri 18.6±2.3, erkeklerin ise 20.8±2.6'dır. Kızların %37.1'inin, erkeklerin de %49.5'inin BKİ'leri normalin altındadır. Biceps, triceps, subscapula ve suprailiac bölgelerden alınan DKK ölçümleri ile hesaplanan ortalama VYY'leri ise, kızlarda 24.8±4.1, erkeklerde 12.7±2.6 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Adolesanlarda büyüme ve gelişme geriliğine rastlanmamıştır. Büyümede en önemli faktörlerden biri beslenme olduğuna göre, bu tür kurumlarda barınan ve gelişme çağında olan gençlerin yeterli ve dengeli beslenmelerine de özen gösterilmelidir.

SUMMARY**GROWTH AND DEVELOPMENT STATUS OF THE ADOLESCENTS WHO LIVE IN ORPHANAGES IN KONYA**

Objective: This research has been done to determine the growth and development status of the adolescents who live in orphanages.

Methods: The study was carried out during the period of October 1996 to January 1997 on 105 boys and 73 girls who were in 13-18 age group and lived in orphanages in Konya. The weight, height and skin fold thickness of the adolescents have been measured, in order to calculate the body mass index and percentage of fat in the body.

Results: The mean age of the adolescents is 15±1.8 years. The mean weight of the girls is 50.1±8.8 kg and 86.3% of them are of normal weight, whereas it is 46.3±12.2 kg and 90.5% for the boys.

The mean height of the girls is 155.0±7.6 cm and the mean height of the boys is 155.8±11.9 cm. Normal height ratios are 97.3% for the girls and 95.2% for the boys. The mean body mass index is calculated as 18.6±2.3 mm and 20.8±2.6 mm for the girls and the boys, respectively. Body mass indexes for 37.1% of the girls and 49.5% of the boys are under the normal level. Skinfold thickness values from biceps, triceps, subscapula and suprailiac regions are used to calculate the mean percentage of fat in the body and it is found as 24.8±4.1 in the girls and 12.7±2.6 in the boys.

Conclusion: There is no growing and developing problem among the adolescents. But, in any case, adolescents must balance their nutrition and intake adequate amount of food products.

**PAMUK TARIMINDA ÇALIŞAN KADIN İŞÇİLERİN
ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI**

*Dr. Buhara ÖNAL, Dr. Ömer ÖNAL, Prof. Dr. Arslan TUNÇBILEK

*Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ANKARA İSGÜM Müdürlüğü
*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

ÖZET

Amaç: İlkemizde tarımın ulusal gelir ve ekonomiye önemli katkısına rağmen bu sektörde çalışanlar ihmal edilmiş ve yasa kapsamı dışında bırakılmıştır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde tarımda kadın istihdamı önemlidir. Kadın tarım işçilerinin ağır çalışma koşullarının yanısıra genel sağlık sorunları ve üreme sağlığı sorunları da ön plandadır. Buradan, tarımda çalışan kadınların iş sağlığı ve genel sağlık sorunlarını belirlemek, sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda amacı ile bu araştırma yürütülmüştür.

Gereç-Yöntem: Araştırma, Çukurova Bölgesi'nde Yumurtalık İlçesi sınırları içinde pamuk çapalama ve toplama işinde çalışan 550 işçiden 177 kadın işçiyi kapsamaktadır. Tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, yüz yüze anket formu, fizik muayene ve sahli yöntemi ile hemoglobin tayini yapılmıştır. Veriler SPSS istatistiksel analiz programında ki kare yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki tüm kadın işçilerin %17'si 20 yaş altındadır. %90'ı temel eğitimden yoksundur. İş sağlığı sorunları ile ilgili olarak çalışmadaki kadın işçi ile ve gebelik geçirmiş kadınların %85'i 20 yaş altında çalışmaya başlamıştır. Evlenmiş ve gebelik geçirmiş kadınların %73'ü gebeliğin sonuna kadar çalışmakta, doğuran kadınların %86.7'si doğumdan sonraki ilk bir ay içerisinde çalışmaya başlamıştır. Yapılan fizik muayenede yaklaşık %60 oranında patoloji saptanmıştır. Kas, eklem, genital, sindirim, kan, psikolojik patolojiler başta gelmektedir. Laboratuvar muayenesinde kan alınan kadınların %80'inde hemoglobin düzeyleri 12 gr/dl'nin altında bulunmuştur.

Sonuç: Pamuk tarımında çalışan kadınların sağlık sorunlarının çözülmesi, genelde tüm tarım işçilerinin çalışma koşullarının düzeltilmesi, gerekli yasal düzenlemeler ve sosyal güvencenin sağlanmasının yanısıra özde ananın korunması ile mümkün olacaktır. Bu da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmelidir.

SUMMARY

Aim: Although agricultural sector has important effect on national income and economy in Turkey, those who work in this area are neglected and left out of low. In this sector, especially women employment is important in developing countries like Turkey. Women who work in agricultural sector have reproductive health problems by the side of occupational health problems. Thus, the aim in this study to determine female workers occupational health and general health problems quality of health services supplied and today to develop current health services.

Material-Method: This study covers 177 female workers among 550 workers who work in cotton agriculture in Yumurtalık in Çukurova Region. This is a descriptive study and face to face questionnaire, complete physical examination, hemoglobin determination by sahli method are applied.

Results: The ratio of the female workers underage 20 is 17% and approximately 90% of total female workers in this study began to work until end the pregnancy in 73% ratio and in first month after birth 86.7% of the m began to work. After the complete physical examination of all female workers, 59.6% of them had pathological systems. There are; musculoskeletal, genital, gastrointestinal, hematological systems respectively.

Conclusion: To solve health problems of the female workers who are employed in agriculture sector, in general all of the agricultural workers work conditions should security should cover them. And in private, mother core should be supplied of course in primary health system.

GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİ

Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU

GATA Halk Sağlığı ABD

ÖZET

Akaç: Bu çalışma Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda, genç erişkin erkeklerin aile planlaması (AP) konusunda bilgi düzeyleri yanında ilişkili olabilecek demografik ve psikografik özelliklerinin tanımlanması amacıyla Ocak 1997/Mart 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Gereç Yöntem: Çalışma 77/1 dönem erbaş ve erlere (N=3463) soru formu uygulanarak kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir. Uygulanan soru formu: erbaş ve erlerin kişisel özelliklerine ilişkin sorular yanında AP, üreme sistemi anatomi-fizyolojisi, doğum kontrol yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Bulgular: Katılımcıların (N=3309) ortalama puanları 49.5 ± 18.8 'dir. Katılımcıların %56.0'sı 50 veya daha çok puan almışlardır. Eğitim düzeyi, anne ve babanın eğitim düzeyi, meslek ve gelir durumunun, bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada elde edilen sonuçlar: genç erişkin erkeklerin AP ve üreme sağlığı konusundaki bilgilendirmelerinin yetersiz olduğunu, bu konuda eğitime gereksinimleri olduğunu ortaya koymuştur.

Sosyodemografik özellikleri ile ülkemizin erkek nüfusunun bir aynası olarak görülebilecek erbaş ve erlerin özellikle doğum kontrol yöntemleri ve erkek ve kadın üreme sistemleri konusunda bilgilendirilmeleri: çoğunluğu askerlik görevinin sona ermesini izleyen ilk beş yıl içinde evlenecek olan bu kitlenin üreme sağlığının iyi düzeyde olmasını sağlayacaktır. Verilecek eğitimlerin bu çalışmada saptanan düşük bilgi düzeyine sahip gruplarda yoğunlaştırılması akılcı olacaktır.

SUMMARY

Objectives: This study is aimed to determining features of target population and determining of information score on FP among soldiers in Etimesgut Commandership of Armor-Platted School and Training Division between January 1997 and March 1997.

Material and Methods: This is a cross-sectional study performed with a questionnaire form. It has been carried out among 3463 young adult men who are 77/1 term recruits. The questionnaire form consisted of items on FP, urinary system anatomy-physiology, contraceptive methods, and sexually transmitted diseases.

Findings: Participant's (N=3309) mean information score was found 49.5 ± 18.8 . A relationship between the level of information score of recruits and education level, mother's and father's education level, occupation, income status has been found statistically.

Conclusion: This research suggests that information score of young adult men is inadequately informed on FP, and they need education about it. Focusing this education efforts particularly in the groups who are inadequately informed on FP

**ERBAŞ VE ERLERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA
EĞİTİCİLER TARAFINDAN EĞİTİMİ**

Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Onur HAMZAOĞLU

GATA Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: Erbaş ve erlere aile planlaması, üreme fizyolojisi ve doğum kontrol yöntemleri konusunda eğitim verilmesi, bu eğitimde stajyer sağlık astsubaylarının eğitici olarak kullanımının etkinliğinin değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Etimesgut Zirhli Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda, Temmuz-Ağustos 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma, müdahale araştırması tipinde olup 1977/2 dönem 138 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. Katılımcılara aile planlaması, üreme fizyolojisi ve doğum kontrol yöntemleri konusunda soruları içeren bir soru formu uygulanmış, aynı konularda stajyer sağlık astsubayları tarafından eğitim verilmiş ve daha sonra son test uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %66.7'si 20 yaşında, %92.0'si bekardır. Erbaş ve erlere verilen eğitim, eğitim öncesindeki bilgi düzeyini yaklaşık olarak 3 kat artırırken (RE=3.3), eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 35'inin başarılı olmasını sağlamıştır (AE=34.8). Eğitimin başarıya etkisi yaklaşık %70 olmuştur (EO=%69.6). Bilgi düzeyindeki en yüksek artış, genel aile planlaması konularında olmuş, verilen eğitim üreme fizyolojisi konusundaki bilgiyi artırmada daha etkili olmuştur.

Sonuç: Erbaş ve erlerin aile planlaması konusunda stajyer sağlık astsubayları tarafından eğitilmesi başarılı sonuçlar vermiştir. İlimizde erkeklerin aile planlamasına katılımlarını artırmak için erbaş ve erlere sürekli, düzenli ve yaygın olarak eğitim verilmesi yararlı olacaktır.

SUMMARY**EDUCATION OF RECRUITS ABOUT FAMILY PLANNING
BY EDUCATORS**

Objectives: To educate the recruits about family planning, reproductive physiology and contraceptive methods and to use the health noncommissioned officer students as educators in this education.

Material and Methods: This study was performed in Etimesgut Commandership of Armor-plated School and Training Division, in the period of July-August 1997. This study is an intervention study. Onehundredthirtyeight recruits participated in this study.

Results: The education given to the recruits increased the knowledge level approximately three times (Relative efficiency=3.3), efficiency rate of the education was 34.8 and attributable efficiency was approximately 70% (AE=69.6%).

Conclusion: The education given to the recruits has been successful.

**GATA ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE
İZLEM İÇİN BAŞVURAN BEBEKLERİN BÜYÜMELERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

*Dr. Esat HOŞGÖNÜL, *Dr. Ercan GÖÇGELDİ, *Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, **Aysun AKYAVUZ, *Dr. Onur HAMZAOĞLU

*GATA Halk Sağlığı ABD

**Cocuk Gelişim Uzmanı GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sağlığı ABD

ÖZET

Amaç: İzlem amacıyla başvuran bebeklerin antropometrik ölçümlerini kullanarak, büyüme durumlarını saptamak. buna etki edebilecekleri düşünülen faktörlerle persentil değerleri arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak, persentil değerleri yönünden profilini çıkarmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma; Mart-Haziran tarihleri arasında GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Gelişim Bölümü'ne başvuran bebekler (N=746) üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Veriler: geliştirilen standart soru formunun araştırmacılar tarafından yüzyüze uygulanmasıyla toplanmıştır.

Bulgular: %3 ağırlık persentilinin altında bulunan bebek oranı çalışmada %4,6 olarak saptanmıştır. Düşük ağırlık persentilinde olanların oranı erken doğanlarda %5,1. çoğul gebelik sonrası doğan bebeklerde %20,0. gebeliği süresince sigara içtiğini bildiren annelerin bebeklerinde %5,9. anne sütü almayanlarda %11,4 olarak saptanmıştır.

Düşük boy persentilinde olanların oranı annenin ilk çocuğu olanlarda %7,8. erken doğanlarda %13,8. anne eğitim süresi 8 yıl ve daha az olanlarda %9,1 olarak saptanmıştır.

Boy persentili grupları arasında doğumda anne yaşı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamızda bebeklerin ağırlık ve boy persentiline etki eden faktörlerden bazılarının (gebelikte sigara içme, babanın statüsü, anne sütü alma durumu ve anne eğitim süresi gibi) sosyo ekonomik faktörler olduğu bulunmuştur. Bebeklerin büyüme ve gelişmelerinin sağlıklı ölçüler içerisinde olması için yapılan çabalar riskli gruplarda yoğunlaştırılmalıdır.

SUMMARY

Objectives: This study is aimed to determine of growing by anthropometric measures among infants who are refer to following, and to examine the relationship factors that will be influence.

Material-Method: This cross-sectional study has been designed among infants (N=746) who are refer to following between March 1997 and June 1997. Data is collected by standard questionnaire form.

Results: The proportion of infants below the 3rd percentile in weight has been determined 4.6% in this study. This proportion has been determined 5.1% in premature infants, 20.0% in the twin, 5.9% in infants of mothers are smoking during pregnancy.

The proportion of infants below the 3rd percentile in height has been determined 7.8% in premature infants, 9.1% in infants of mothers are smoking during pregnancy.

Mother's age is found statistically difference among groups of height percentile.

Conclusion: In this study has been shown that are related with some socioeconomic factors some factors that is related to height and weight percentile is socioeconomic factors (smoking during pregnancy, breast feeding, status of fathers, education level of mothers). Finally, efforts should be focused to this risk groups.

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE 1993 ve 1996 YILLARINDA EĞİTİM GÖREN İNTERNLERİN
AİLE PLANLAMASI BİLGİ ve BECERİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Ferda ÖZYURDA*, Deniz ÇALIŞKAN**

*Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,

**Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanı

ÖZET

Amaç: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde son sınıf öğrenciler (internler)'inin aile planlaması konusunda bilgi ve beceri düzeylerini, Aile Planlaması Danışmanlığı ve Rahim İçi Araç (RIA) Uygulama Becerisi Kursunun verilmediği 1993 yılı ve bu kursun verildiği 1996 yıllarında bilgi ve beceri düzeyinde farklılık olup olmadığını ve bu kursun etkilerini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Haziran 1993'te internlerin tamamına ve Şubat 1996'da %94.1'ine ulaşılarak iki ayrı zamanda, aile planlaması bilgi ve becerisini değerlendirmeye yönelik anket uygulamasına dayalı kesitsel bir çalışmadır.

Bulgular: Internlerin aile planlaması ile ilgili 20 bilgi sorusundan elde edilen ortalama doğru sayısı 13.20±0.10 olarak saptanmıştır. Kurs grubunda aynı ortalama 15.56±0.30'dır. Jinekolojik muayene yapma sıklığı %82.3 iken RIA uygulama sıklığı %25.3'tür. Internlerin %57.3'ü RIA uygulaması izlediklerini ve yalnızca %27.8'i tek başlarına RIA uygulayabileceklerini belirtmişlerdir. Kurs grubunun ise tamamı jinekolojik muayene ve RIA uygulaması yapmışlar ve tek başlarına RIA uygulayabileceklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Aile Planlaması Kursu'na*** katılanların hem bilgi hem de beceri açısından diğer iki gruba göre farklı olduğu, bir başka deyişle Aile Planlaması Kursu'nun internlerin bilgi ve beceri düzeyinde belirgin bir artış sağladığı (istatistiksel olarak) saptanmıştır.

***Aile Planlaması Danışmanlığı ve Rahim İçi Araç Uygulama Becerisi Kursu metinde kısaca Aile Planlaması Kursu veya AP kursu olarak anılmıştır.

SUMMARY

Introduction: To establish the difference in family planning knowledge and ability levels of the last year students (interns) who have been educated on the subject in Medicine Faculty of Ankara University in year 1993, in which family planning concul-tacy and IUD application ability course is not given with the year 1996, in which is given and the other purpose is to find the ef-fect of this course

Material-Method: This is a cross-sectional study in which we have applied an investigation to asses the family planning know-ledge and ability on all the interns in June 1993 and 94.1% of the interns in February 1996.

Findings: The true answering ratio of the interns to 20 question on family planning is on an average 13.02 0.10. In Family Planning course groups, same average is 15.56±0.30. The ratio of making gynaecological examination is 82.3% and applying IUD is 25.3%. 57.3% of the interns revealed that they have seen the application of IUD and only 27.8%of the interns said "we can apply IUD alone". In Family Planning course groups, all interns made gynaecological examination, applied IUD and they could apply IUD.

Results: Those who has attend the family planning course are differentiated from the other groups by their knowledge and ability. This establishes that family planing course have an increasing effect on the interns knowledge and ability levels (statisti-cally).

GYNE-T-380-A İLE MONOFAZİK ORAL CONTRASEPTİF KULLANIMIN MENSTRUEL KANAMA MİKTARI VE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Ayşegül YILDIRIM*, Efe ONGANER**, Kemal ERKAL**,

*Haydarpaşa Numune Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzman Dr., İstanbul

**Haydarpaşa Numune Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistan Dr., İstanbul

ÖZET

Amaç: Rahimiçi araçların çıkarılmasına neden olan en sık yan etki kanamadır. Aile planlaması hizmetinde yaygın olarak kullanılan bir metod olduğu için bu yan etkinin anemi gibi sistemik sonuçlarını değerlendirmek üzere karşılaştırmalı ve kontrollü bir çalışma planlandı.

Gereç-Yöntem: Mart 1996 ile Mart 1997 tarihleri arasında Rahimiçi araç ve Oral Kontraseptif kullanmakta olan ve kontrol için başvuran evli fertil çağda 22-46 yaş arası en az bir yıldır yöntemlerden birini kullanan 96 kadın dahil edilmiştir. Hemogloblin (hb), hematokrit (htc), kırmızı küre sayısı, demir, serum transferrin ve serum ferritin düzeyine bakılmıştır. Analizde ki-kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 96 kadının yaş ortalamaları 34.9 (SD=7.43)'dur. En küçük yaş 20, en büyük yaş 48'dir. RİA kullanan gruptaki kadınların yaş ortalamaları 33.4 (SD=6.76)'tür. Oral kontraseptif kullanan gruptaki kadınların yaş ortalamaları ise 35.7 (SD=7.66)'dir. RİA kullanan grupta transferrin saturasyonu ortalaması 14.4 (SD=11.86) olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır.

Sonuç: Aile planlaması hizmetinde RİA yaygın olarak kullanılan bir metod olduğu için özellikle beslenmenin dengesiz ve yetersiz olduğu ülkelerde RİA nedeni ile gelişen aneminin farkına varılamamaktadır.

SUMMARY**THE ACTION OF GYNE-T-380-A AND MONOPHASIC ORAL CONTRACEPTIVES ON THE AMOUNT OF MENSTRUAL BLEEDING AND IRON DEFICIENCY ANEMIA**

Aim: Bleeding is one of the leading causes leading to the extraction of the intrauterine devices. Since it is a common route of contraception among the population a study has been devised to further investigate this side-effect for its systemic sequela like anemia.

Material-Method: 96 fertile and married women between the ages of 22-46 that have been using either intrauterine devices or oral contraceptives as a route of contraception have been included between March 1996 and March 1997. Hemoglobin (hb), hematocrit (htc), red blood cell count, serum iron, serum transferrin and serum ferritin levels have been analyzed using the statistical tests of significance chi-square and Fisher's Exact test.

Results: The mean age of the women that had been included in the study was 34.9 (SD=7.43). The women with the intrauterine device had a mean age of 33.4 (SD=6.76). The women using oral contraceptives had a mean age of 35.7 (SD=7.66). The mean serum transferrin saturation among the women using the intrauterine device was 14.4 (SD=11.86) with statistically significant difference between the two groups.

Conclusion: The use of intrauterine devices in the service of family contraception is quite common. However in areas with insufficient nutritional intake, the probable oncoming anemia may be overlooked.

0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN ATEŞLENME DURUMUNDA EVDE BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

A. TOZLU*, G. ÇAY**

*Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi SHMYO, Samsun

**Öğr. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi SHMYO, Samsun

ÖZET

Amaç: Araştırma, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateşlenme durumunda evde bakıma ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Samsun ilinde bulunan 2 ve 3 nolu sağlık ocaklarına bağlı, 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler arasından, evrenin %10'unu temsil edecek şekilde basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 200 anne ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan annelere iki bölümden oluşan soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdının ilk bölümünde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde ateşin evde bakımı ile ilgili uygulamalar yer almıştır. Annelerle yüz yüze görüşülerek soru kağıdı doldurulmuştur.

Bilgi soruları her doğru cevap için 1 puan verilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Değerlendirme sonuçlarına göre; ateşli durumlarda evde bakım konusunda annelerin bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir. Annelerin ateşlenme durumunda evde bakım kapsamında yer alan ilkelerden giysileri çıkartmayı büyük oranda yerine getirirken, bol sıvı vermeyi daha az oranda uyguladıkları, odayı havalandırma, zamanında ateş düşürücü verme ve zamanında beden silme konusunda bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir.

SUMMARY**THE STUDY OF THE KNOWLEDGE AND THE ATTITUDES OF THE MOTHERS WHO HAVE A CHILD OF 0-6 AGE GROUP CONCERNING CARE AT HOME IN CASE OF THE CHILD'S HAVING A RUNNING TEMPERATURE**

Aim: The research was carried out in order to determine the knowledge level and the attitudes of the mothers who have a child of 0-6 age group concerning care at home in case of the child's having a running temperature. Inquiry forms were used to collect data.

Material and Method: The study was performed among the mothers who have a child of 0-6 age group living in the region of number 2 and 3 primary health organization in Samsun. The mothers were selected in such a way as to represent 10% of the mothers by using randomized method.

Data about the mothers have been gathered, using inquiry forms consisted of two parts. In the first part, there are questions determining demographic features, while in the second part, there are questions concerning practices at home in case of high temperature. The questionnaire was applied by face to face method. Each correct answer is 1 point. To evaluate the statistical data percentage and chi-square were used.

P3

**SAĞLIK
SOSYOLOJİSİ
ve
DEMOGRAFI,
SAĞLIK
EKONOMİSİ
ve
SAĞLIK
HİZMET
SUNUMU**

**BAYAN İLKOKUL ÖĞRETMENLERİ VE HEMŞİRELERDE
YAŞAM BİÇİMİNDEN KAYNAKLANAN RISK FAKTÖRLERİ**

Öğr. Gör. Bilgin KIRAY VURAL*, Prof. Dr. İnci EREFE**

*Pamukkale Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Ege Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

ÖZET

Toplumda rol modeli ve eğitimciler olarak önemli yeri olan ilkököl öğretmenleri (65) ve hemşirelerden (45) randomla oluşan 110 kişilik örnekle çalışılmıştır. Bu araştırmada Sağlık Risk Değerlendirme Formu (SRD) uygulanarak sigara ve alkol kullanımı, beslenme, egzersiz, stres alma, araba güvenliği ve diğer risklerin bulunuşu ve erken tanı uygulamaları yönünden iki grup karşılaştırılmalı incelenmiştir.

Sigara içmenin hemşirelerde (%66.7) öğretmenlerin (%33.3) iki katı olması önemlidir. Diğer risklerde de gruplar arasında farklar bulunmuştur. Ancak her iki grupta, erken tanı uygulamaları beklenenin altında bulunmuştur.

Her iki gruba, sağlıklı yaşam ilkelerine uymayı arttıracak eğitim desteği sağlamak gerektiği sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

This study aimed to describe health risk factors resulting from life-styles of nurses and primary school (female) teachers who are important role models and educators in the community. The sample consisted in a random basis by 65 teachers and 45 nurses. Data were collected by using "Health Risk Appraisal Questionnaire" which was modified by researchers.

Smoking and alcohol consumption dietary habits, resting and eggersize, getting stress, and driving security and others were studied in both groups as some risk boring factors. Smoking was found in nurses (66.7%) two times higher as in the teachers (33.3%). Although some risk factors found to be different resourcing from their life styles, the frequency of carrying out early diagnosis behavior found similarly less than that it has been expected in both groups.

It was concluded that both groups should be supported by educational efforts in order to motivate them to assume healthful living.

**HASTA HAKLARININ TANIMI VE ŞİKAYET HAKKININ KULLANILDIĞI
BİR UYGULAMA MODELİ**

Uzm. Dr. Dilek ÖZTAŞ*

Hasta Hizmetleri Müdürü, Bayındır Tıp Merkezi Halk Sağlığı Uzmanı
(Su anda Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde çalışmaktadır).

ÖZET

Amaç: Hasta hakları konusunda ortaya konan son kapsamlı belge olan 1994 Amsterdam Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nde "Hasta haklarının kullanımı herhangi bir ayırım olmaksızın sağlanmalıdır. Hastalar, haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde, şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Hastalar çeşitli düzeylerde başvuruda bulunma ve gerektiğinde hakeme başvurabilme ile ilgili bağımsız mekanizmaları kullanabilmelidir ve hastalara şikayetleri ile ilgili bilgi edinme, bağımsız kişilere başvurabilme ve en uygun nasıl hareket edileceği konusunda danışmada bulunma imkanı sağlanmalıdır. Hastanın, tam ve eksiksiz olarak değerlendirilen şikayetin sonucu hakkında bilgilendirilme hakkı da olmalıdır." ifadeleri yer almaktadır. Bu görüş çerçevesinde, Bayındır Tıp Merkezi'nde Nisan 1997 tarihinde Hasta İstekleri Değerlendirme Komitesi çalışmalarına başlamıştır. Komitenin amacı, Bayındır Tıp Merkezi'nde hasta ve yakınlarının isteklerini (şikayet, öneri, istek, teşekkür gibi) tam olarak ve eksiksiz değerlendirmek, o isteğe ait öneri ve çözümleri oluşturmak, hastaları başvuruları konusunda bilgilendirmek ve aynı zamanda, bu istekler doğrultusunda oluşturulan istatistiksel sonuçlar yardımı ile aksaklığı görülen süreçlerle ilgili iyileştirme yöntemlerini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Komite, Bayındır Tıp Merkezi'nden hizmet alan tüm hasta, hasta yakını, refakatçi ve ziyaretçilerden gelebilecek her türlü sözel ya da yazılı şikayet, öneri, istek ve teşekkürleri değerlendirmek amacı ile çalışmaktadır. Hasta Hizmetleri Müdürü (uzman hekim), Acil Servis Direktörü (uzman hekim) ve Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı (uzman hemşire)'ndan oluşmaktadır. Hasta Hizmetleri Müdürü, aynı zamanda HİDK'nin sekreteryası görevini de yürütmektedir.

Bulgular: Hasta ve/veya yakınlarının istekleri ile ilgili tüm yazılı/sözel bildirimler HİDK'nde toplanmakta, komite, istekleri değerlendirip bunları çeşitli aşamalarda bunları çözüme ulaştırmaktadır. Belli aralıklarla, hastane yönetimi ile yapılan toplantılarda, ileri aşamada çözüm bulunması gereken konular detaylı olarak incelenmektedir. Ayrıca yapılan değerlendirme ve çözümler ilgili açıklama, başvuru sahibine mutlaka yazılı olarak iletilmektedir.

Sonuç: Kalite Koordinatörlüğü, hasta isteklerini istatistiksel olarak değerlendirmekte, gereken durumlarda daha kalıcı ve uzun vadeli çözüm bulunabilmesi amacı ile Kalite Çemberi kurulması önerisini Kalite Konseyi'ne götürmektedir. Kalite Konseyi, önerileri değerlendirmekte ve uygun bulunması halinde ilgili Kalite Çemberi'nin kurulması yönünde çalışma başlatmaktadır. Komite, gerekli durumlarda konunun çözümünü için Etik Komite'ye başvurmaktadır. Etik Komite, tıbbi işlemlerin, mevcut standartlara, tıbbi etik ve deontoloji kurallarına uygunluğunu değerlendiren, yönetimce seçilen üç adet tıbbi bölüm başkanı uzman doktordan oluşmaktadır.

**RASYONEL İLAÇ KULLANIMI ÇALIŞMALARINDA
ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ****Dr. Hatice ŞAHİN**

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Rasyonel ilaç kullanımı" hastaların klinik gereksinimlerine uygun, gereken dozda, uygun aralıklarla hasta ve toplum için maliyeti düşük ilaç kullanımı" olarak tanımlanmaktadır. Rasyonel ilaç kullanımını etkileyen faktörler ilaca, hastaya, ilaç firmasına, sağlık sistemlerine ve doktora ait faktörler olarak belirmektedir. 1960'lı yılların sonlarında özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde "doktorların reçete yazmalarını etkileyen faktörler nelerdir?", "doktorlar hangi faktörlere dayanarak ilaç seçiyorlar ve reçete ediyorlar?" sorularının sorulmasına neden olmuştur. Günümüze kadar bu iki soru üzerinden yola çıkılarak yapılan pek çok araştırma vardır. İlaçların rasyonel olarak kullanılmasına yönelik olarak yapılan bu araştırmalar için gerekli olan verilerin toplanmasında başlıca kantitatif, kalitatif yöntemler ve toplumda ilaç kullanımı araştırmaları kullanılmıştır. Bu yöntemlerin herbiri ilaç kullanımının farklı yönlerini değerlendirmektedir. Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar sağlık yöneticileri, politikacılar ve eğitimciler gibi doğrudan ilaç kullanımı ile ilgilenen kişilerin yapacakları plan ve programlar ve veri tabanı oluşturmak için rehber görevi yapmaktadır.

SUMMARY

Rational use of drugs is defined as the usage of the drugs in relevance with the clinical needs of the patients, in needed dosage with correct intervals and with the minimum cost. The factors influencing the rational use of drugs are depending on drugs, patients, pharmaceutical firms, health systems and physicians. Some questions were asked about physicians's prescribing behaviour such as; what are effecting factors for prescribing? and how are physicians select or decide to their own prescribed drugs?. There are many researches based on these questions. The aim of these researches is measurement of rational use of drugs and to collect needed data. The researches in rational use of drugs based on three main methodology; namely quantitative, qualitative and community drug use methods. Each of these methods are used for evaluation of different part of drug use. Results of rational use of drugs studies are a very valuable database for health administrators, politicians and educators in relation with planning and implementations in this field.

**TÜRKİYE ve AVRUPA TOPLULUĞU ÜLKELERİNİN
DEMOGRAFİK YAPILARI**

Prof. Dr. Yakut (IRMAK) ÖZDEN¹, Uzm. Dr. Suphi VEHİD², M. Sc. Hayriye (ERTEM) VEHİD³

¹İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
²İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
³İÜ Çocuk Sağlığı Enstitüsü

ÖZET

Giriş: Son günlerde Türkiye'nin Avrupa topluluğuyla ilişkisi önemli gündem maddelerinden bir tanesidir. Bu çalışmamızda ülkemizle AT'na üye ülkeler arasında bazı demografik ölçülerin yanı sıra, 15 yaş altındaki ve 65 yaş üzerindeki nüfus oranları ve ayrıca bağımlı nüfus (tüketici nüfus) karşılaştırılarak irdelenmeye çalışılmıştır.

Gereç-Yöntem: Türkiye ve AT ülkelerine ait değerler BM'nin 1994 yılına ait Demographic Yearbook'undan alınmıştır.

Bulgular: Bağımlılık oranı %64.8 olan Türkiye bağımlılık oranı ortalamaları %50'yi aşmayan topluluk üyelerinden nüfus yapısı itibarıyla farklı bir yapıya sahiptir.

Sonuç: Türkiye'nin AT ülkeleriyle bütünleşmesinde demografik özelliklerinin de oldukça önemli bir engel oluşturduğu gözlenmektedir.

SUMMARY**DEMOGRAPHIC STRUCTURE OF TURKEY AND COUNTRIES OF THE EUROPEAN UNION**

Aim: Recently, the relationship between Turkey and European Union countries has become a major actual concern. In this study, we have tried to analyse comparatively some demographic indicators as well as dependency ratios of Turkey and European Union Countries.

Material-Methods: The data belonging to Turkey and European Union countries were obtained from the UN's Demographic Yearbook 1994.

Findings: With a dependency ratio of 64.8% Turkey has a different population structure compared to the European Union countries where the average dependency ratio is less than 50%.

Conclusion: Among other factors the demographic structure of Turkey is also a hurdle on the way of interecretion with countries of the European Union.

**TÜRKİYE ve KOMŞULARI:
DEMOGRAFİK YAPI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMALI BİR İNCELEME**

Prof Dr. Yakut (IRMAK) Özden*, Uzm. Dr. Suphi VEHİD**, M. Sc. Hayriye (ERTEM) VEHİD***,
Y. Doç. Dr. Selçuk KOKSAL**

*İÜ İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
**İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
***İÜ Çocuk Sağlığı Enstitüsü

ÖZET

Giriş: Bu araştırmanın amacı, Türkiye'nin ve komşu ülkelerin demografik yapılarını karşılaştırarak ülkemizin Doğu-Batı, Asya-Avrupa eksenlerindeki yerine nüfus yapısı açısından ışık tutmaktır.

Yöntem-Gereç: Araştırmada demografik analiz yöntemleri ile değerlendirilen gereç, Birleşmiş Milletlerin 1994 Demografik Yıllığı, 1996 Türkiye İstatistik Yıllığı ve 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasından sağlanmıştır.

Bulgular: Türkiye ve komşularına ilişkin toplam ve kentsel nüfus, nüfus yoğunluğu, kaba doğum ve kaba ölüm hızları ve doğal nüfus artış hızlarıyla, bebek ölüm hızları ve doğuştan yaşam umutları tablo 1, 2 ve 3'de verilmiştir. Yaş-cinsiyet yapısına ilişkin bulgular ayrıca nüfus piramitlerinde nüfus olarak sunulmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Yaptığımız çalışma, incelenen bölgedeki ülkelerin demografik yapı ve özellikler açısından geniş bir yelpazeye yayıldığını göstermektedir. Türkiye bu bölgede, tipik bir geçiş topluluğu görünümündedir.

SUMMARY

DEMOGRAPHIC STRUCTURES OF TURKEY AND NEIGHBORING COUNTRIES

Aim: The aim of this study is to compare Turkey and its neighbors from a deographic point of view.

Material-Method: The data evaluated here are those provided by the U.N. Demographic Yearbook 1994; by Turkey's Statistical Yearbook 1996 and by the findings of the Turkish Population and Health Survey 1993.

Findings: The data about total and urban populations, population densities, crude birth and death rates, natural population increase rates, infant mortality rates and expectations of life at birth are given in tables 1, 2 and 3. Population pyramids are used to present the age and sex structures graphically.

Discussion and Conclusion: Our analysis points at the considerable demographic variability existing between the countries of this region, where Turkey fits into a pattern of transition.

**BALIKESİR DEVLET HASTANESİ'NDE
1996 YILI HASTA BAKIM MALİYETLERİNİN BELİRLENMESİ**

Nuriye KARADAĞ*, Gönül DİNC**, Erhan ESER***, Cemil ÖZCAN****

*Öğr. Gör., Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

**Yrd Doç Dr., Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

***Yrd Doç Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

****Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada, Balıkesir Devlet Hastanesi'nin 1996 yılı tıbbi ve mali kayıtları incelenmiştir. 1996 yılında gerçekleşen giderler belirlenmiş, bu giderlerin 1. ve 2. dağıtımları yapılmıştır. Daha sonra hastanenin performans ölçütleri hesaplanmıştır.

1996 yılında hastanenin 400 kadro, 415 fiili yatak kapasite vardır. Yatak İşgal Oranı %65, Ortalama Yatış Süresi 5,6 gün, Yatak Devir Hızı 42 hastadır. Hasta Günü Maliyeti 3.199.000, TL, Yatak Maliyeti 753.544.000, TL, Hasta Maliyeti 17.980.000, TL'dir. Hekim başına 2,9 dolu yatak, 191 yatan hasta, 3,2 hemşire düşüğü saptanmıştır. Toplam hastane gideri 617.076.814.000, TL olup, toplam hastane geliri ise 253.985.150.000, TL'dir. Hastane servisleri arasında yatak işgal oranı, ortalama yatış süresi ve yatak devir hızı açısından farklılıklar vardır. Hastane yönetimi tarafından bu durumun kaynak dağıtım sürecinde dikkate alınması gerekmektedir.

SUMMARY

In this study, 1996 medical and financial records of Balıkesir State Hospital were analysed. Total Hospital's expenditures in 1996 were determined and those expenditures were distributed in two steps (First and second distribution). After then, the performance indicators of the hospital were calculated.

The de facto bed capacity of the hospital in 1996 was 415, while formal bed capacity was 400. The bed occupation rate was 64.5%; the mean duration of stay at hospital was 5.6 days; bed turnover rate was 42 patients. The mean cost of a patient day, an inpatient episode and a hospital bed were 31.999.000 TL, 17.980.000 TL and 7.535.444.000 TL, respectively. It was calculated that there were 2.9 occupied beds, 191 hospitalized patient and 3.2 nurses per a physician. The total hospital expenditure was 617.076.814.000 TL while the total hospital income was 253.985.150.000 TL. It was detected that there were significant differences among hospital clinics regarding bed occupation rate, mean duration of stay at hospital and bed turnover rate. Therefore during in the resource allocation process, the hospital management body is advised to take this situation into account.

**ISPARTA İLİNDEKİ SAĞLIK OCAKLARININ
TANI ve TEDAVİ OLANAKLARI**

Prof. Dr. Osman GÜNAY*, Dr. A. Nesimi KİŞİOLU**

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
**Isparta Devlet Hastanesi

ÖZET

Isparta ilindeki sağlık ocaklarının tanı ve tedavi olanaklarının ve bu olanakların kullanılma durumunu değerlendirmek amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Isparta ilindeki 75 sağlık ocağından rastgele seçilen 38'i araştırmacılar tarafından ziyaret edilerek, hizmet olanakları gözden geçirilmiş ve 1995 yılına ait kayıtlar incelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık ocaklarında 1995 yılında kişi başına ortalama başvuru sayısı 0.87, sevk oranı ise %23.2 olarak bulunmuştur. Sağlık ocaklarında fizik muayene ve küçük cerrahi müdahale için gerekli araç-gerecin çoğunluğunun mevcut olduğu, buna karşılık laboratuvar inceleme olanaklarının ve acil tedavi için gerekli ilaçların sağlık ocaklarının çoğunda bulunmadığı belirlenmiştir. Öte yandan yapılan laboratuvar inceleme sayısının poliklinik sayısına oranı %2.9 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç olarak, Isparta ilindeki sağlık ocaklarında fizik muayene ve küçük cerrahi müdahale için gerekli araç-gereç genel olarak yeterlidir. Buna karşılık laboratuvar inceleme, acil tedavi ve aile planlaması hizmet olanakları büyük çapta yetersizdir. Sağlık ocaklarında laboratuvar inceleme oranı çok düşük, hasta sevk oranı ise çok yüksektir.

Anahtar Sözcükler: Isparta, sağlık ocağı, tanı, tedavi, olanaklar

SUMMARY**DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC FACILITIES OF HEALTH CENTERS IN ISPARTA**

This study was performed in order to determine diagnostic and therapeutic facilities of the health centers and utilization of this facilities in Isparta. Thirty eight of 75 health centers was choosen randomly. These health centers were visited and health care facilities and records of health centers were inspected by the researchers.

It was found out that annual application number to the health centers Per person was 0.87 and referring ratio was 23.2%. Most of the materials which are required during physical examination and minor surgical operations were present. But, it was established that some laboratory equipments and emergency drugs were absent in many health centers. On the other hand, it was found that the number of laboratory examinations was very low and the ratio of the laboratory examinations to outpatients was calculated as 2.9%

As a result, the material which are required for examination and minor surgical operation were generally sufficient, but the facilities for laboratory examinations and emergency cares were inaquate in the health centers in Isparta. In the health centers, the ratio of laboratory examinations is very low, but refering ratio is very high.

Key Words: Isparta, health center, diagnosis, therapy, facilities.

**KAYSERİ SSK HASTANESİ
DAHİLİYE POLİKLİNİĞİ YOĞUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU*, Doç. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

*Devlet hastanesi/Isparta

**Erciyes Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AB Dalı Öğretim Görevlisi

ÖZET

Kayseri SSK Hastanesi Kadın Dahiliye Polikliniği'ne başvuran 248 kadına yüzyüze görüşme tekniğiyle anket uygulanmıştır. Sonuçta kadınların büyük çoğunluğunun şehir sınırları içinde oturmakta olduğu ve bu kadınların birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunları için hastaneye geldikleri, bir çoğununda yanlış servise başvurdukları tespit edilmiştir. Başvuru yoğunluğunu azaltmak için, il merkezine uzak ancak il sınırları içinde bir takım küçük sağlık birimlerinin kurulması ve halkın buraları kullanmaya alıştırılması gerekliliği düşünülmüştür.

SUMMARY

The questionnaire by means of face to face technique was administered to 248 women who come to internal diseases clinic. According to the results, it was determined that most of the women lived within the provincial boundaries, and that they come to the hospital for the problems to be solved during the primary stage, and that some of them applied to the wrong clinic. To decrease the intensity of applications, it is believed that there should be small health centers within the provincial boundaries and people should be recommended to use them. The Survey was performed in Kayseri SSK hospital

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA
POLİKLİNİK HASTALARININ HOŞNUTLUĞU**

Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Y. Ekrem ÖZDEMİR

Selçuk Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında poliklinik hizmeti alan hastaların hoşnutluk düzeyini belirlemektir.

Gereç-yöntem: Çalışma, Ankara'da iki sağlık ocağı ve bir ana-çocuk sağlığı merkezinden hizmet alıp ayrılmakta olan hastalarla yüz yüze görüşerek yapıldı. Anket, demografik bilgiler ve 4'lü Likert tipinde hoşnutluğu ölçen 13 sorudan oluşmaktaydı. Veriler bilgisayar yardımıyla özetlendi ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Hastalar, birinci basamak sağlık kuruluşlarının poliklinik hizmetinden yüksek oranda (%76) hoşnuttu. En hoşnut oldukları konu hekim ve hemşirenin insancıl davranışı, en hoşnut olmadıkları konu ise teknik olanakların azlığı idi.

Sonuç: Hastalar birinci basamak sağlık kuruluşlarından memnundur ve insancıl bulmaktadır. Önemli bir hoşnutsuzluk sebebi olan araç-gereç eksikliği giderilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hasta hoşnutluğu, poliklinik, birinci basamak sağlık hizmeti, sosyodemografi

SUMMARY**OUTPATIENT SATISFACTION WITH PRIMARY HEALTH CARE SERVICES**

Objective: The main objective of this study was to estimate patient satisfaction with respect to primary health care services. Methods: This study was performed on two public health centers and one maternity & child health center by personal interviewed with patients who were going back to home after examining in Ankara. The questionnaire was consisted of demographic data and a 4-point rating scale of 13 items measuring satisfaction of outpatients. Data were analyzed by the computer (SPSS), using descriptive statistics and chi-square test.

Results: The patients highly satisfied (%76) with primary health care services. They were most satisfied with the courtesy of physicians and nurses, and least satisfied with technical quality.

Conclusion: Patients have satisfied with primary health care services, and described humanely of it. Technical requirement of these services should be improved.

Key words: Patient satisfaction, outpatient, primary health care services, socio-demographic features

**BİR EĞİTİM HASTANESİNE MÜRACAAT EDEN HASTALARIN
MEMNUNİYET ve BEKLENTİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

Dr. R. TORAMAN, Uzm. N. CİHANGİROĞLU, Uzm. A. TEKE

GATA Sağlık Hizmetleri Yönetimi BD

ÖZET

Amaç: Hastalar, alacakları sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine giderek daha fazla önem vermektelerdir. Bu hizmetlerin, ihtiyaçlarını tam olarak giderebilme özelliklerini aramaktadırlar. Bu çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nden (GATA) sağlık hizmeti alan sivil hastaların memnuniyet ve beklenti düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: GATA'ya 1996 KASIM-ARALIK aylarında başvuran 164 sivil hastaya, sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve beklenti düzeylerinin saptanmasına yönelik tanımlayıcı nitelikte bir araştırma yapılmıştır. Anket sonuçları yüzde ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %53.0'ü tedaviye kısa sürede başladığını, %57.8'i tüm personelin davranışlarının "kısmen iyi" olduğunu, %47.0'si hemşirelik hizmetlerinin "çok iyi" olduğunu, %55.4'ü hasta-hekim ilişkisinin "çok iyi" olduğunu, %72.3'ü tüm laboratuvar testlerinin yapılabildiğini, %60.2'si temizlik ve düzenin "çok iyi" olduğunu, %50.6'sı kantin, tuvalet, PTT, park, danışma hizmetleri ve bekleme yerlerinin "çok iyi" olduğunu, %56.6'sı doktorun hastalığı ve tedavisi hakkında gerekli açıklamalarda bulunduğunu ve %41.0'i ise işlemlerin karmaşık olmamasına "kısmen" katıldıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç: Hastaların %69.9'u GATA'dan memnun ayrılırken, %28.9'u memnun olmadan ayrılmışlardır. %1.2'si yanıt vermemiştir. Hastanelerde kaliteli bir hizmet ortamı sağlanmasında ve devam ettirilmesinde, hastaların tatmin düzeylerinin ölçüm ve yönetimi önemli bir araçtır. Sağlık kuruluşlarında, bu verileri değerlendiren iyi yetişmiş yönetici, hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelinin istihdamı, ayrıca sağlık kuruluşlarının fiziksel niteliklerinin çağın ve toplumun isteklerine uygun düzeye getirilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Purpose: Patients are increasingly placing more importance on the quality of health care they are to get. They want to make sure that the health services meet all these needs completely. This study has been conducted to determine the level of satisfactions and expectations of patients to Whom health services are given in Gülhane Military Medical Academy (GMMA).

Material-Method: Questionnaires were applied to 164 civil patients in GMMA during November-December in 1996. The results were evaluated as percentage.

Findings: 53% of patients said that treatment was started in a short period of time. 57.8% of patients said the personnels' attitudes are partly good. %47 of them said the nursing services and 55.4% said doctor-patients relations are very good. They said (%72.3) that all laboratory tests could be done. %60.2 of which found the hospital clean and tidy. They said the facilities were very good. %56.6 of patients said they were informed by their doctors about treatment. %41 of which thought that all process were partly complex.

Results: %69.9 of patients were satisfied and %28.9 were dissatisfied when they departed from hospital. %1.2 of them didn't answered the questions.

Determination and management the level of patients' satisfaction are important to present and continue the health services in hospitals. These need qualified personnel. Additionally, hospitals must be efficient as physical.

**EÜTF ACİL SERVİSİNE
BİR YIL İÇİNDE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Şafak TANER GÜRİSOY, Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU, Dr. Meral TÜRK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ÖZET

Amaç: Acil Serviste hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunmak amacıyla; hasta yoğunluğunun saptanmasıdır.

Gereç-Yöntem: 1. Kasım. 1996 ve 31. Ekim. 1997 tarihleri arasında örneklem alınmadan acil kayıtlarına geçen hastaların excel programındaki dökümü alınarak, SPSS 6.0 programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine bir yıl içinde 54 885 hasta başvurmuştur. Erkekler, kadınlardan daha çok acil servisi kullanmaktadır. 0-9 ve 20-29 yaş gruplarındaki başvurular daha fazladır. Saat 16:00-24:00 arasında hasta yoğunluğu artmaktadır. Acil servisi kullananların yaklaşık yarısı cepten harcama yapmaktadır. Hastaların %90.8'i olay yerinden Ege Üniversitesi Acil Servisine gelmektedir. Ayaktan tedavi gören hastaların oranı %80.8 oranında bulunmuştur. Hastaların %10.1'i çeşitli kliniklere yatırılmaktadır.

Sonuç: Acilin en önemli hedeflerinden biri etkin hasta akışının sağlanmasıdır. Hasta akışını girişten taburcu olana dek bir çok faktör etkileyebilir. İyi yönetilen bir acilde bu etkenler düzenli olarak değerlendirilmelidir. Yoğun hasta akışının ve stresin üstesinden gelmek ve insani bir çalışma ortamı yaratmak planlama ile olasıdır. Acil servisin etkinlik düzeyini büyük oranda tıbbi personelin sayısı belirlemektedir. Personel planlaması yapılırken, en yoğun olan 16:00-24:00 arasında çalışan hekim sayısının diğer saat dilimlerinden fazla olmasına ve iş performansı açısından hekimlerin dinlenmiş olarak acil servis görevine gelmeleri sağlanmalıdır. Bunun yolu da vardiyalı çalışmak olabilir.

SUMMARY

Aim: To detect patient flow in order to help the health service planning of the Department of Emergency

Material-Method: The registries of all the emergency clinic patients of EÜTF between 1.11.1996 and 31.10.1997 has been evaluated in SPSS 6.0.

Findings: Total number of patients is 54 885. Males, 0-9 and 20-29 age groups have been used emergency service more than others. Nearly half of the payments are pocket payment. The ratio of out patients is 80.8%. And the ratio of in patient is 10.1%.

Result: The target of emergency service is to supply effective patient flow. There are many factors influenced patient flow. These factors must be evaluated continuously in good management. To solve the problems of high patient flow and high stress may be possible with successful planning. The effectiveness of service has been determined mostly by the number of health professions.

The number of physicians must be increased between 16:00-24:00 and the physicians must not be tired at the beginning of this period. Shifts may be the solution of this problem.

**ANKARA İLİ GÖLBAŞI İLÇESİNDE
BEŞ İLKOKULDA YAPILAN SAĞLIK TARAMASI**

Öğ. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. M. Ali BUMİN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Yeni bilgiler öğrenmenin yanısıra, çocuk için bedensel ve ruhsal büyüme-gelişme dönemi olan okui çağı, aile ile okulun sıkı işbirliği içerisinde olması gereken önemli bir dönemdir. Bu çalışmada, Ankara ili Gölbaşı İlçesi'ndeki 5 ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin sağlık durumlarını yansıtan bilgileri saptamak amaçlanmıştır.

Araştırmada 2466 öğrenciye boy, kilo ölçümleri göz muayenesi ve diş muayenesi yapılmıştır. Diş fırçası kullanma alışkanlığı yönünden incelenmiştir.

İncelenenlerin yaşa göre ağırlık yönünden %9.8'i zayıf, %18.5'i şişman ve %71.7'si normaldir. Kızların ve erkeklerin, yaşa göre ağırlık durumları incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İncelenen 2466 kişinin %9.8'inde, erkeklerin %8.9'unda, kızların %10.8'inde bir ya da daha fazla göz bozukluğu saptanmıştır. Öğrencilerin %44.7'sinde diş fırçası kullanma alışkanlığı vardır. Bütün incelenenler arasında %39.3 ile çürük süt dişi en sık görülen diş bulgusudur.

Aile ve öğretmen çocuğun sağlığı ile yakından ilgilenmeli başarısız çocuklarda görme bozukluğu gibi herhangi bir tıbbi patoloji aklı gelmelidir. Diş sağlığı, görme taramaları ve sağlık eğitimi konularına özel önem verilmelidir.

SUMMARY

The school period is not only learning the new knowledge but also has rapid physical and phsicologic growing. On the other hand family-school cooperation is important in this period.

In this study it is aimed to obtain some finding reflecting health status of children in five primary schools.

In the research 2466 students height & weight measurement were recorded & eye and teeth examination were done. They are evaluated for tooth-brushing habits. Due to their weight for age they were classified as under weight (9.8%), obese (18.5%) & normal (71.7%). There was no statistical difference between sexes ($p>0.05$). 9.8% of total 2466 pupils had one or more visual refraction disorders. 8.9% of the boys and 10.8% of the girls also had one or more visual disorders. 44.7% of the children had the habit of brushing teeth.

Tooth delay was the most common finding (39.3%) in researched group.

Parents and teaching staff should closely follow the pupils academic progress, and for those who are unsuccessful one must look in to possible medical reasons such as refraction disorders.

ANKARA'DA 1996 YILINDA 112 ACİL YARDIM VE KURTARMA HİZMETLERİNDEN YARARLANANLARIN ALDIKLARI HİZMETTEN MEMNUNİYETLERİ İLE İLGİLİ BİR ÇALIŞMA

Dr. Aykut İlker ARSLAN¹, Doç. Dr. Sefer AYCAN²

¹Gazi Ünv. Sağlık Bilimleri Ens. Yüksek Lisans Öğrencisi
²Gazi Ünv. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖZET

Kazalardaki ölümlerin %10 u ilk 5 dakikada, %50 si ilk yarım saatte olmaktadır. Hastalıklarda da anında yapılacak müdahalelerle ölümler veya komplikasyonların önenebileceği ve daha başarılı sonuç alınacağı bir gerçektir. Bu nedenle acil servislerin kurulması, bu servislerin etkili bir şekilde çalışması, hakkında bu hizmetlerden memnun olması ve yararlanması toplum sağlığı açısından çok önemlidir.

Bu çalışmada: 1996 yılında Ankara'da 112 Hızır Acil Servisine (HAS) başvuran hastalar ya da yaralıların bu hizmetten memnuniyetlerini saptamak amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamına Ankara'da 1996 yılında HAS hizmetlerinden yararlanan 4007 vakadan sistematik örneklem yöntemiyle (10 vakadan biri alınarak) seçilen 400 vaka alınmıştır. Bu başvurulardaki hasta veya yakınlarına telefonda anket uygulanmıştır.

Yapılan çalışmada görüşülen kişilerin %52.3 ü kadın, %47.7 si erkek ve %40.0'ı 65 yaş üzerindeki kişilerdir.

Başvuran hastaların %46.3 inin nakil edildiği, %42.2 inin yerinde müdahale ile beraber nakil edildiği tespit edilmiştir.

Genel olarak incelendiğinde: 112 HAS hizmetinden, ambulanslardan ve gelen ekiplerden hastaların veya hasta yakınlarının memnun oldukları tespit edilmiştir.

SUMMARY

10% of casualties occur in the first 5 minutes and 50% of casualties occur in the first 30 minutes. It's quite obvious that mortality and complications are avoidable and also good results can be reached (or achieved) through first aid. As a result of this, it's vital to establish emergency services, to make them work efficiently, also that the public make of these.

The purpose of this study was to determine the general characteristics of the patient, who applied Hızır 112 emergency service, the quality of the service given to the patients and their satisfaction.

This study included 400 cases of 4007 people who had required emergency service care in Ankara in 1996. The questionnaire either the patients or relatives answered on the phone.

As a conclusion of this study: 40.0% of patients were 65 years old and over and 52.3% were women and 47.7% were men. 46.3% of the cases were taken to a hospital and 42.2% were given first aid and then taken to a hospital.

In general, it is determined that patients or their relatives are satisfied (or happy with) with 112 Hızır Emergency Service, the ambulances, and the teams.

**ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE
GÖRME KUSURU TARAMALARI ve HEMŞİRENİN ROLÜ**

Doc. Dr. Semra ERDOĞAN*, Uzm. Hemş. Fatma İPEK**

*İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı
**Antalya Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi

ÖZET

Bu çalışma okul öncesi ve okul dönemindeki çocuklarda görme bozuklukları erken dönemde tanınmak, halk sağlığı hemşiresinin bu tanılamadaki rol ve işlevlerini belirlemek ve uygulamada kullanılacak yöntem ve materyalleri geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma İstanbul İli Şişli İlçesi'nde bulunan ilköğretim okulunda ve iki kreş ve gündüz bakım evinde, 90 okul öncesi dönem (4-6 yaş), 150 ilkökul çağı (6-12 yaş) çocuk, aileleri ve çalışmanın yapıldığı kurumlardaki 30 öğretmen üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada göz-görme sorunlarının ön değerlendirilmesi için çocukların fiziksel/davranışsal özelliklere ve şikayetlerine dayalı belirtilerden oluşan bir form ve uzak görme keskinliğini test etmek için Snellen E ve Snellen testi kullanılmıştır. Çocukların ailelerine ve öğretmenlerine demografik özellikler, göz sağlığına yönelik öykü ve yaklaşımlarını inceleyen sorulardan oluşan anket formları uygulanmıştır.

Snellen E ve Snellen Tablosu ile test edilen çocuklarda, sağ gözde %13.8 (33), sol gözde %11.7 (28), her iki gözde %19.6 (47) oranında görme keskinliğinde azalma belirlenmiştir.

Uzak görme keskinliğinde azalma olduğu belirlenen çocuklarda aynı zamanda fiziksel/davranışsal belirtiler de gözlenmiştir. Bu sonuçlar aile bireyleri ve öğretmenler tarafından da kolaylıkla gözlenebilen bu belirtilerin görme kusurlarının erken tanı ve tedavisinde olanak sağlayacağını göstermektedir.

Hemşirelik ve tıbbi tanımlama sonrası sağ göz, sol göz ve her iki göz için belirlenen sonuçlar benzer ve ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Profesyonel hemşirelerin okul sağlığı hizmetlerinde istihdam edilmesi çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde büyük katkı sağlayacaktır.

SUMMARY**VISION DISTURBANCE OF SCREEN AND NURSE ROLE AT THE CHILDHOOD**

Doc. Dr. Semra ERDOĞAN*, M. Sc. Fatma İPEK**

*İÜ Florence Nightingale Nurse High School
**Education Department of Health Administration in Antalya

The aim of this study was to diagnose vision disturbances earlier in preschool and school children and to show the role and function of the public health nurses in this early diagnosis while improving the methods and materials for the early detection of these problems.

Study was held in state of İstanbul borough Şişli primary school and 2 nurseries. Ninety (90) preschool children (age 4-6 years), 150 primary school children (age 6-12 years), their families and 30 teachers of these primary school and nurseries are included in study.

In this study we have used a form in to preevaluate vision problems related to physical/behavioral signs and complaints. For the evaluation of far vision clearance. We have used Snellen & Snellen tests. We have performed and inquiry test to parents and teachers asking questions related to demographic standards, how they accept and express eye vision problems and health.

Children are tested according to Snellen E & Snellen tables and in 13.8% (33) right eye, in 11.7% (28) left eye and in 19.6% (47) both eyes for sight clear vision disturbance are detected.

The children that are detected to have vision disturbance are also observed to have physical and behavioral problems. In this way these signs and symptoms that are also early recognized by their teachers & diagnose vision disturbances earlier.

Depending on the diagnosis by nurses upon confirmation by medical doctors results of the study for right single, left single and both eyes were significantly meaningful. Including the professional nurses in the school health services will greatly help for the preservation and improvement of child health.

**GEMLİK İLÇE MERKEZİNDE
HASTALANAN KİŞİLERİN BAŞVURDUKLARI SAĞLIK KURULUŞLARI**

Dr. Kayhan PALA, Doç. Dr. Necla TUGAY AYTEKİN, Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırmada, Gemlik ilçe merkezinde hastalanan kişilerin başvurdukları sağlık kuruluşlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Başvuruların çoğunluğu kamu hastanelerine, daha sonra sağlık ocağına, özel hekimlere ve tıp fakültesine yapılmaktadır.

Bu sonuç, hekime başvurunun en fazla yapıldığı kamu hastaneleri ile sağlık ocaklarının desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlık kuruluşu tercihi, hekime başvuru, sosyal güvence.

SUMMARY

This research aims to determine the preference of health facilities of people living in the urban part of Gemlik. Most of the physician contacts have been made at public hospitals followed by the health centers, private physicians and the medical faculty.

This result shows that public hospitals and health centers where most of the physician contacts have been made should be supported.

Key words: Preference of health corporation, physician contact, health insurance.

**ÜMRANIYE VEREM SAVAŞ DISPANSERİNDE HASTA PROFİLİ ve
ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLARA DİRENÇ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

İnt. Dr. Perran KARACALIOĞLU¹, İnt. Dr. Eda USLU¹, Yücel GÜRBÜZ², Doç. Dr. Hande HARMANCI¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
²Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği AD

ÖZET

Ümraniye Verem Savaş Dispanserinde (VSD) ayakta tedavi gören tüberkülozlu hastalarda ilaçlara direnç oranına retrospektif kohort araştırmasıyla bakıldı. Ocak 1996-Aralık 1997 arasında (2 yıl) Ümraniye VSD'de ayakta tedavi gören 494 olgunun 183'ünde Lowenstein-Jensen besiyerinde bakılan kültürlerde üreme görülürken, konsantrasyon metoduyla direnç bakılan 167 olgunun 31'inde direnç saptandı. 1996 yılı itibarıyla 167 olgunun %81.4'ü tüm ilaçlara duyarlı iken; %16.8'inde primer direnç gelişimi, %1.8'inde sekonder direnç gelişimi saptandı.

SUMMARY

Drug resistance was investigated in 494 patients who visited Ümraniye VSD out-patient clinic between January 1996-December 1997 (2 years). While 183 cases were culture positive, in 167 cases of whom drug resistance tests were applied 31 cases were drug-resistant. Sputum cultures were tested in Lowenstein-Jensen medium by concentration method. By the year 1996, %81.4 of the 167 cases were sensitive to all drugs, while %16.8 developed primary drug resistance and %1.8 developed secondary drug resistance.

**1. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
HEMŞİRELİK NEREDE?****Doç. Dr. Semra ERDOĞAN**

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Temel sağlık bakımı; eşitlik, koruma, uygun teknoloji, disiplinler ve sektörler arası ilişki ve toplum katılımı olmak üzere beş ilke üzerine kurulmuş ve daha çok politik gelişmelere dayalı sağlık felsefesini ifade eder. Temel sağlık bakımı çalışma ekibi kavramı, dünyanın bir çok ülkesinde benimsenmiş, toplum sağlığı hemşiresinin bu ekibin anahtar rolündeki üyesi olduğu öne sürülmüştür. Bu bağlamda hemşirenin temel sağlık bakımındaki tüm rollerini dikkate alan, lisans ve lisansüstü düzeyinde programların geliştirilmesi istenmiştir. Ancak hemşireliğin, temel sağlık bakımının geliştirilmesinde daha etkili olabilmesi için özel stratejilere gereksinim vardır.

SUMMARY**WHERE IS NURSING IN PRIMARY HEALTH CARE?**

The five principles of primary health care-equity, prevention, appropriate technology, interdisciplinary and intersectoral action and community participation-represent a philosophy of health and depend more on political improvements. The concepts of primary care team have been created and encouraged in many parts of the world. It was suggested that community nurses are key resources as members of teamwork in primary care. For this reason curricula at the undergraduate and graduate levels should be designed regarding the role of the nurse in all the aspects of primary care. However it need a specific strategy to develop primary health care nursing to be more effective.

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
SPORUN SAĞLIĞI KORUYUCU ve GELİŞTİRİCİ BİR YÖNTEM OLARAK KULLANIMI**

Dr. Hakan YAMAN*, Tanju BAĞIRGAN**

*Ankara Numune Hastanesi, Aile Hekimliği
**Spor Eğitmeni

ÖZET

Spor günümüz toplumunda önemli bir yarışma ve boşzamanları değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Spor yapmanın sağlığı korumadaki ve geliştirmedeki önemi geniş kitlelerce bilinmesine karşın nasıl ve ne biçimde sporsal etkinliklerin yönlendirileceği tam olarak bilinmemektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak, değişik yaş ve yaşam biçimlerinde sağlıklı ve amaca uygun olarak sporsal yüklenmelerin yapılması ve yönlendirilmesi hem spor yapanlar hemde birinci basamak hekimlerine sorun yaşatmaktadır. Bu bağlamda sağlığı yönlendirmede görev düşen birinci basamaka hekimlerinin sporsal uygulamaları öncelikli istenilen bir biçimde yönlendirilmesi üzerine ortak uzlaşımlar gerekmektedir.

Bu çalışmada; çocuk ve gençlerde, erişkin ve yaşlılarda spor uygulamalarının genel yönetsel ilkeleri birinci basamak hekimliği açısından irdelenmiştir.

Bu çalışma birinci basamak sağlık hizmetlerinde sporun kullanılmasına yönelik genel bir model için kuramsal ve uygulamasal ön temelleri oluşturmayı amaçlamaktadır.

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ HEKİMLİĞİ İÇİN
İNTERNET KAYNAKLARI**

Efe ONGANER*, Ayşegül YILDIRIM**

İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü *Asistanı, **Uzmanı

ÖZET

Bankacılık ve finans sektöründen sonra veri işleme ve buradan elde edilecek bilgi ile en sık karşı karşıya kalan sağlık sektöründe özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin istedikleri bilgiye en hızlı biçimde ulaşma ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaca olan cevap ise son yıllarda hakkında sıkça söz edilmekte olan İnternet içerisinde yatmaktadır.

Kalamış, Ahmet Mithat Efendi Caddesi. No: 20/9 81030/İstanbul.
Tel: 0-216-345-7009
Telefaks: 0-216-349-5216
e-posta: onganer@superonline.com

SUMMARY

Besides the sectors of banking and finance, health workers, especially those working in the primary care services need efficient and rapid ways to reach the necessary information they need. The answer to this need lies in the applications of the İnternet technologies.

Kalamış, Ahmet Mithat Efendi Caddesi. No: 20/9 81030/İstanbul.
Tel: 0-216-345-7009
Telefaks: 0-216-349-5216
e-posta: onganer@superonline.com

KENT TİPİ SAĞLIK OCAKLARININ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI DENEYİMLERİ

Dr. Talat BAHÇEBAŞI¹, Bil. Uzm. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ¹, Dr. Ömer ÖNAL¹, Uzm. Dr. Canan SARGIN¹, Uzm. Dr. M. Rifat KÖSE²,
Prof. Dr. Muhsin AKBABA³

¹Adana İl Sağlık Müdürlüğü

²Sağlık Bakanlığı

³ÇÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ÖZET

Ülkemizde Sağlık Ölçütleri, gelişme ölçütlerinin çok gerisinde kalmaktadır. Tüm uğraşlara rağmen ana ölümü, bebek ölümü, bağışıklama oranı gibi temel sağlık ölçütlerinde istenilen düzeye gelinememiştir. Bu çalışmada sağlık ocağında yürütülen koruyucu hekimlik hizmetlerinin kalitesini artırmak, topluma birinci basamak hizmetlerini tanıtmak ve kullanılabilirliğini artırmak, sağlık ocaklarının ve özellikle sağlık çalışanlarının konumlarını ve saygınlığını artırmak amaçlanmıştır.

Her ilin demografik, coğrafik, sosyo-kültürel yapısı farklı olması nedeniyle sağlık kurumlarından insanlarımızın bekledikleri farklılık gösterir.

İllerin yapısındaki bu farklılık nedeniyle İl Sağlık Müdürlüklerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği bir kurul oluşturulmalı bu kurulun alt komisyonları ile tespit edeceği fiziki alt yapısı uygun sağlık ocaklarında iyileştirilme çalışmaları yapılmalıdır. Kent tipi sağlık ocaklarında nüfusun fazlalığı, taktiplerin güçlüğü, personel fazlalığı görev tanımlanması yapılmalıdır.

Özellikle hekimler arasında Başhekimlik, çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama aşı, AÇSAP sorumusu, çevre sağlığı sorumlusu gibi görev tanımlanması yapılmalıdır. Diğer yandan normal poliklinik çalışmaları yanı sıra bölgedeki her gebe ve sağlam çocukların hekim kontrolünden geçirilmesi amacıyla düzenli çalışan, gebe ve sağlam çocuk poliklinikleri oluşturulmalı, laboratuvarlar imkânlar ölçüsünde geliştirilmelidir. Sağlık ocaklarında yapılan her türlü müdahale, steril şartlarda çalışma alışkanlığı geliştirilmelidir.

Sağlık ocağı çalışmaları çeşitli fırsatlarda vatandaşlarımıza tanıtılmalıdır. Hastanelere sevk işlemlerinde öncelik tanınması için düzenlemeler yapılmalıdır.

Adana ilinde 1993 yılından beri yapılan kent tipi sağlık ocaklarında iyileştirme çalışmaları, 17 merkez sağlık ocağında uygulanmaya başlanmış, diğer 16 merkez sağlık ocağında ise görev tanımlamaları, laboratuvar hizmetleri iyileştirilmiştir.

Adana ilinde gelişmişlik ölçütleri düzeyinin ülkemizdeki gelişmelerden pek farklı olmadığı düşünülse de temel sağlık ölçütlerinin ülke genel ortalamasının çok üzerinde olduğu görülür. Adana ilindeki nüfusun büyük büyük çoğunluğunun il merkezinde yaşadığından yapılan iyileştirme çalışmalarının temel sağlık hizmetlerine büyük katkı sağladığı düşünülmektedir.

SUMMARY

IMPROVEMENT EXPERIENCES OF URBAN PRIMARY HEALTH CENTERS

Talat BAHÇEBAŞI MD¹, Hakan DEMİRHİNDİ MD PhD¹, Ömer ÖNAL MD¹, Canan SARGIN MD¹, M. Rifat KÖSE MD²,
Professor Muhsin AKBABA, MD³

¹Adana Provincial Health Directorate

²Health Ministry, Ankara

³Çukurova University, Medical Faculty, Public Health Department, Adana

Health indicators are far behind the development indicators in Turkey. Basic health indicators such as maternal mortality, infant mortality, vaccination coverage have not yet reached the desired targets in spite of all efforts. It was aimed in this study to improve preventive public health services performed at primary health centers, to inform the community about primary level health services and to increase their utilization, to improve status and esteem of primary health centers and especially of the staff employed.

The community's demands from health institutions differ according to demographic, geographical and socio-cultural characteristics of the provinces. Hence, a committee should be established at every Provincial Health Directorate to analyze primary level health services and sub-commissions of these committees should determine which primary health center with appropriate physical background to be improved. At urban primary health centers, the excess of population, the difficulty of follow-ups, the excess of staff and the definition of duty should be done.

Physicians should be assigned different duties such as chief of staff, responsible for child health, for contagious diseases, for vaccination, for "maternal-child health and family planning", for environmental health. In addition to common polyclinics duties, regularly servicing pregnant and healthy children polyclinics should be established, in order to provide medical care to all pregnant women and healthy children, living at the health district of the center. Sterile working conditions should be provided at every health center and for every medical intervention. The referrals to hospitals should be prioritized. The services provided by primary health centers should be introduced to the community.

Improvement of urban primary health centers, started in 1993 in Adana Province, has been applied in 17 primary health centers in the city, and duty definitions and quality improvements at laboratory services have been performed in another 16.

Although it is thought that developmental indicators of Adana Province is consistent with other indicators of Turkey, basic health indicators are far over the mean values of the country. The improvement efforts at urban level have a great contribution to basic health indicators in Adana where a majority of population lives in the city center.

P4

**ÇEVRE
SAĞLIĞI**

GLOBAL ISINMA ve İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. N. Emel LÜLECİ, Prof. Dr. Fethi DOĞAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ÖZET

Ekolojik düşünce özellikle son yıllarda güncellik kazanmıştır. İnsan aktivitesi sonucu, çevresel değişiklikler ve iklim değişiklikleri meydana geldi. Bu değişiklikleri; ozon tabakasının incelmeye, karbondioksit düzeyinin artması, sera etkisi, küresel ısınma, cloroflorokarbonların artışı ve asit yağmurları olarak sayabiliriz. Bu makalede biz, küresel ısınma üzerinde duracağız.

Atmosferdeki gazların gelen güneş ışınına karşı geçirgen, buna karşılık geri salınan dalga boyu uzun yer ışınına karşı çok daha az geçirgen olması nedeni ile yer kürenin beklenenden daha fazla ısınmasını sağlayan ve ısı dengesini düzenleyen bu doğal süreç "sera etkisi" olarak adlandırılmaktadır.

Küresel ısınmanın büyüklüğü her sera gazının birikimindeki artışın boyutuna bu gazların ışınal özelliklerine, atmosferik yaşam sürelerine ve atmosferde varlıklarını sürdüren diğer gazların birikimine bağlıdır.

Sıcaklıklardaki artışların zamanı ve öneminin tahminleri önceleri pek tartışılmamıştır. Gelecek 50-100 yıl için tahmin edilen ısı artışı 2-5°C olacaktır. Isı artışı tarım alanlarının çölleşmesi ve kuraklaşma ile sonuçlanabilir. Termal genişleme ve buz dağlarının erimesiyle (örneğin antartikada)de büyük yerleşim merkezleri ve tarım alanları su altında kalacaktır. Bu durum mülteci sayısında artışlara neden olabilir.

Ülkemizdeki olası değişiklikler şöyle özetlenebilir. Çöl iklimi etkisi, iklim kaymaları, tarım kuşaklarının değişmesi, bazı alanların su altında kalması gibi. Sağlık alanında ise; iklim değişikliğine bağlı sıcak stresleri, suların kontaminasyonu, salgın hastalıklar, göçler ve toprak erozyonları olabilir.

Bütün bu gerçekler ve olasılıklar göz önüne alındığında, sera gazlarının yayılımının azaltılması konusunda insanların bilinçlendirilmesi önem kazanmaktadır.

SUMMARY

THE EFFECTS OF GLOBAL HEATING ON HUMAN HEALTH

The ecological considerations became actual in the last years. Environmental and climatic changes caused through human activities have been observed. Diminishing of the ozone layer, hothouse effect, global heating, the increase of chlor-fluor-hydrocarbons and CO₂ contents in the air and the acid rain are some of them. This study was conducted to evaluate the effects of global heating.

The earth-atmosphere lets the sunshine through, but does not the reflected light from the earth surface. Because the reflected light has a longer wave. This property of the earth atmosphere named as "hothouse effect". The various degrees of earth-heating is dependent on the composition, duration and characteristics of different gas particles in the earth atmosphere.

The increase of air temperatures and it's importance have not discussed formerly. In the coming 50-100 years, the forecasting of temperature increase will be 2-5 grades. This may results to lose of top soil and changing of the agricultural areals to deserts. The heat-increase may results to melt of icebergs in antarktis and overflow of the living districts and agricultural territories. This may be the cause of new and big immigrations.

In our country, the forecasting about climatic changes may be summarised as the shiftings of agricultural and climatic zones, the effects of desert conditions, overflows in some regions, and in the sanitary field; heat strokes, water pollutions and epidemics. Immigrations and land erosions are considerable as the results of climatic changes.

Therefore, the measures to make the humans conscious and to decrease the air pollution are important.

**KONYA'DA BULUNAN EKMEK FIRINLARI İLE ÜRETİLEN EKMEĞİN
KALİTESİ VE HİJYENİK DURUMU**

Uzm. Dyt. Çiğdem ÇATALKAYA*, Yrd. Doç. Dr. Tahir K. ŞAHİN**, Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ**

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beslenme ve Diyet Bölümü

**Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, ekmek fırınlarında fiziksel şartların kontrolü, bu ortamların sağlık şartlarına uygunluğunun değerlendirilmesi, ekmek yapımında kullanılan hammaddenin ve teçhizatın ekmek kalitesi üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini, tüketici talebini artırmak için yapılan işlemleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya Konya'da bulunan mevcut tüm ekmek fırınları (67 fırın) alınmıştır. Fırınların fiziksel ve hijyenik özellikleri, işçilerin çalışma şartları, sağlık muayenelerinin bulunma durumu ve alınan ekmek numunesinin özellikleri değerlendirilmiştir.

Hamurhanelerin %95.5'i sağlık şartlarına uygun bulunmamıştır. Fırınların %73.1'inde genel temizlik düzeyi kötü olarak saptanmıştır. İşçiler kişisel temizliklerine dikkat etmemektedirler. Çalışanların %62.7'si iş elbisesi, %95.5'i şapka, %47.8'i önlük kullanmamaktadır. İşçilerin %88'inde sağlık kartesi bulunmamaktadır.

Fırınlardan alınan ekmek numunelerinin kimyasal analizi sonucunda numunelerin %53.7'si GMT'ye uygun bulunmuştur. Duyusal analiz ile ise ekmeklerin %49.2'sinin dolgun hacimli, %64.2'sinin düzgün yüzeyle, %88.1'inin normal kokuda, %98.5'inin normal lezzette olduğu saptanmıştır. Ekmeklerin hiç birinde iplikleşme, yapışma tespit edilmemiştir. %16.4'ünde un topağı görülmüştür.

Sonuç olarak; ekmek üretimi yapılan fırınların fiziksel şartlarının yetersiz olduğu ve sağlık şartlarına uygun üretim yapmadıkları tespit edilmiştir.

SUMMARY**QUALITY AND HYGIENE OF BREAD AND BAKERIES IN KONYA**

This research has been done to find out whether the conditions at the places where bread is made is controlled or not; whether these places have adequate healthy conditions; and the positive and negative effects of the ingredients and equipments used for making bread and to increase nutritional requirements and the demand of the consumers.

All the bakeries in Konya have been searched. The results of this research have been obtained by searching 67 bakeries. As well as the physical and hygienic conditions of the bakeries and the features of the bread samples, the working conditions of the workers and whether their health control has been done also been checked. It has been found out that 95.5% of all the places for making dough and 73.1% of the bakeries do not meet the necessary health requirements. As for worker they do not care about cleaning, either. They do not even wear aprons (%47.8), uniforms (%62.7) or bonnets (%95.5). 88% of the workers do not have health cards.

The results of chemical search of the samples has showed that only 53.7% of the samples have the required quality. At the end of the sensual search, it has been estimated that 49.2% of the bread are baked enough, that 64.2% are proper in shape, that 88.1% have their specific smell, and that 98.5% have their specific taste. None of the breads have ropiness or adherence. 16.4% of the bread have dough lumps in.

Consequently, it is obtained that the technical conditions are not enough and bread is not made in perfect health conditions at the bakeries.

**SON BEŞ YILLIK DÖNEMDE (1992-1997)
MALATYA İL MERKEZİNDE HAVA KİRLİLİĞİ EĞİLİMİ**

Yrd. Doç. Dr. Mücahit EĞRİ*, Öğr. Gör. Dr. Gülsen GÜNEŞ*, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN*, Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

ÖZET

Bu çalışmada 1992-1997 yılları arasında Malatya kent merkezindeki hava kirliliği göstergeleri olarak alınan SO₂ ve PM düzeylerinin eğilimleri incelenmiştir. Kısa vadeli sınır değerleri aşan gün sayıları, uzun vadeli sınır değerler ve kış sezonu ortalama değerler Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği ile karşılaştırılmıştır. Verilerin kaynağı Malatya İl Halk Sağlığı Laboratuvarı kayıtlarıdır. Çalışmanın amacı son 5 yıllık dönemde hava kirliliği göstergelerinin eğilimini ve hava kirliliğinin boyutlarını saptayarak çözüm önerileri getirmektir. Araştırmanın sonuçlarına göre:

- SO₂ 1992-1993 kış sezonu hariç kış sezonu ortalama değerleri aşmamıştır.
- SO₂ 1992-1993 kış döneminde kısa vadeli sınır değer 11 kez geçilmiş, sonraki yıllarda aşılmamıştır.
- 1992-1997 yılları arasında uyarı kademeleri aşılmamıştır
- 1992-1997 yılları arasında PM ve SO₂ uzun vadeli sınır değerleri aşmamıştır.
- PM 1992-1997 yılları kış dönemlerinde kış sezonu ortalama değerleri aşmamıştır.
- PM sadece 1992-1993 kış döneminde kısa vadeli sınır değeri 4 kez geçmiştir.

Anahtar Sözcükler: SO₂ düzeyi, partikül madde, hava kirliliği.

SUMMARY

**TRENDS OF AIR POLLUTION IN MALATYA CITY CENTER
IN RECENT FIVE YEARS PERIOD (1992-1997)**

In this research, trends of SO₂ and PM were investigated which are accepted as a air pollution indicators in Malatya city center between 1992-1997 years. A numbers of day that exceed short term limit value, long term limit value and limit value of winter session average were compared with National Air Pollution Control Statute. Data source is Malatya Public Health Laboratory records. Goal of this research, to determine dimensions and trend of air pollution indicators in recent five years period. In relation to

Results:

- Out of 1992-1993 winter session, SO₂ hasn't exceed winter session average value.
- In 1992-1993 winter session, short term limit value was exceeded 11 times by SO₂.
- Between 1992-1997, It hasn't been exceeded warning levels by SO₂ and PM.
- Between 1992-1997, PM and SO₂ haven't exceeded long term limit values.
- In 1992 and 1997 winter session, PM hasn't exceeded winter session average values.
- PM has exceeded short term limit value four times only 1992-1993 winter session.

Key Words: SO₂ level, particulate matter, air pollution.

**1996-1997 KIŞ DÖNEMİNDE MALATYA İL MERKEZİ HAVA KİRLİLİĞİ PARAMETRELERİNE
METEOROLOJİK KOŞULLARIN ETKİSİ****Mücahit EĞRİ'**

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

ÖZET

Bu çalışmada 1996-1997 Kış Dönemine ait günlük SO₂ ve partikül madde düzeylerine meteorolojik koşulların etkisi incelenmiştir. Verilerin analizinde çoklu regresyon analizi kullanılmış olup, SO₂ ve partikül madde bağımlı değişken, hava sıcaklığı, bağıl nem, atmosfer basıncı, yağış miktarı ve rüzgar hızı bağımsız (açıklayıcı) değişken olarak alınmıştır. Rüzgar hızı dışındaki tüm açıklayıcı değişkenler SO₂ düzeyleri ile anlamlı ilişkilidir. Partikül madde düzeylerine yağış miktarı ve rüzgar hızının etkileri kısıtlı kalmışken, hava basıncı, bağıl nem ve sıcaklık değişkenleri ile anlamlı ölçüde değişmektedir.

Anahtar Sözcükler: Meteorolojik koşullar, hava kirliliği, çoklu regresyon.

SUMMARY**EFFECT OF METEOROLOGICAL CONDITIONS ON AIR POLLUTION PARAMETERS
IN 1996-1997 WINTER SESSION IN MALATYA CITY CENTER**

In this research, effects of meteorological conditions were investigated on daily SO₂ and particulate matter (PM) levels which belong to 1996-1997 winter session in Malatya. Analysis of data were performed by using multipl regression technique. SO₂ and PM were chosen as dependent variables, on the other hand temperature, relative humidity, air pressure, wind speed and rainfall were chosen as independent (explanatory) variables. Out of wind speed all of explanatory variables are significantly associated with SO₂ levels. While rainfall and wind speed effects be limited on particulate matter levels, relative humidity, air pressure and temperature variables significantly varies with it.

Key Words: Meteorological conditions, air pollution, multipl regression

YOLKENARI TOPRAK ve BİTKİLERİNDE KURŞUN BİRİKİMİ**Burhanettin IŞIKLI***, **Temir Ali DEMİR****, **Asiye BERBER****, **Cemalettin KALYONCU***

*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Osmangazi Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

ÖZET

Eskişehir'de taşıtların neden olduğu Pb kirliliğini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada trafiğin yoğun olduğu 10 farklı nokta ve kontrol grubu için de trafikten uzak parklardaki 5 farklı noktadan alınan toprak ve bitki örnekleri incelendi.

Örneklere Pb konsantrasyonları Atomik Absorbsiyon spektrofotometresi ile ölçüldü.

Trafiğin yoğun olduğu yol kenarlarında yüzeyden alınan toprak örneklerindeki Pb konsantrasyonu (46.69 ± 14.70 mg/kg) kontrol bölgelerine göre yüksek idi. Alınan örnekler yıkandığında yüzey örneklerindeki konsantrasyonlarda azalma gözlenirken, derinden alınan örneklerde fark gözlenemedi. Yağışların fazla olduğu 31.3.1996 tarihiyle toprağın kuru olduğu 7.7.1996 tarihlerinde elde edilen veriler karşılaştırıldığında tüm gruplarda azalma saptandı. Alınan çayır tipi bitkilerdeki Pb konsantrasyonu çalışma bölgelerinde (15 ± 8.35 mg/kg) kontrol bölgelerine göre (2.69 ± 0.96 mg/kg) yüksek idi. Tüm bitki örneklerinde de yıkamakla Pb konsantrasyonunda azalma saptandı. Yağışların fazla olduğu dönemle toprağın kuru olduğu dönemde elde edilen veriler karşılaştırıldığında (kontrol bölgesinden alınan yıkanmış bitki örnekleri grubu dışında) azalma saptandı.

Trafiğin yoğun olduğu bölgelerde kontrol bölgelerine nazaran hem toprakta hem de buralarda yetişen çimen tipi bitkilerde daha yüksek Pb konsantrasyonları tesbit edildi. Hem toprak hem de bitki örneklerinde yıkamayla Pb konsantrasyonunun azaldığı, dolayısıyla yağmurlarla bu kirliliğin taşınabileceği sonucuna varıldı.

SUMMARY**LEAD ACCUMULATION IN THE ROADSIDE SOILS AND PLANTS**

Soil and grass specimens from 10 different traffic-densed roads and from 5 control places which were far from traffic were analyzed in order to put forward the vehicle-derived Pb contamination in Eskişehir.

Pb concentrations of the samples were done by using an atomic absorption spectrophotometer.

Pb concentrations of the surface subject soils (46.69 ± 14.70 mg/kg) were significantly higher than the control areas. When the samples were washed, it was observed that there was an increase for the surface specimens where there was no difference for the deep ones. By comparison from 31.3.1997, a rainy day, to 7.7.1996, when the soil was dry, significant decreases were observed in all groups. The Pb concentration of the subject grass specimens was 15 ± 8.35 , and 2.69 ± 0.96 for the controls and a significant difference was observed between the two groups. By comparison of the data obtained from the analyses of grass samples which were taken on rainy days and dry seasons, significant decreases were observed in all groups except in washed grass specimens which were taken from control areas.

In conclusion, higher Pb concentrations were observed in both of the soil and the grass samples which were taken from traffic densed areas than the control areas. And also, it concluded that Pb concentration decreases in both soil and plant samples and that this contamination can be spread by rain.

**TOPLU YAŞAM YERLERİNDE
FİZİKSEL BARINMA KOŞULLARININ SAPTANMASI**

Dr. Mahir GÜLEÇ, Dr. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Muharrem UÇAR, Dr. Esat HOŞGÖNÜL, Dr. Ercan GÖÇGELDİ, Dr. Selim KILIÇ, Dr. Tayfun KIR, Dr. M. Nuri GÜNÇİKAN, Dr. Onur HAMZAOĞLU, Dr. Metin HASDE*.

*GATA Halk Sağlığı AD

ÖZET

İnsanların temel gereksinimlerinden birisi de barınmadır. Barınma sadece yararlarından dolayı önemli olmayıp ayrıca barınma koşulları yeterli olmazsa oluşabilecek insan sağlığına zararlı durum açısından da önemlidir.

Bu çalışma Ekim 1997'de Etimesgut'ta bir askeri birlikte gerçekleştirilmiştir. Binalar için gerekli bazı ölçümler Neufert'in Yapı Tasarımı kitabına göre saptanmıştır. Çalışma popülasyonunun yaşadığı farklı yerler için farklı soru formları hazırlanmıştır. Ölçümler 15 gün içinde gerçekleştirilmiştir. 187 yatakhane ölçüldü. Veriler SPSS for Windows 6.0 istatistik paket programıyla değerlendirildi.

Binaların fiziksel özellikleri ve güvenlik önlemleri değerlendirildi.

Elde ettiğimiz veriler göstermektedir ki: çalışma alanımızdaki yaşam yerlerinde kişi başına düşen alan ve hacimler yetersizdir.

SUMMARY

One of the basic necessities of the people is housing. Housing is not only important because of its benefits but also if its conditions are not sufficient then it may be harmful for human health.

This study is performed at a military unit in Etimesgut on October 1997. Some necessary measures for the buildings were determined according to Neufert's Building Planning Book. Different question forms were prepared for different places where the study population lived. The measurements were performed in 15 days. 187 bedrooms were measured. The data were evaluated by using SPSS for Windows 6.0 statistic package program.

The physical characteristics and the security precautions of the buildings were evaluated.

The acquired data show that the space and the volume of the living places that we worked are not enough.

**EGE ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI LABORATUARINA GETİRİLEN İZMİR SULARININ
BAKTERİYOLOJİK ve KİMYASAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU, Dr. Emel LÜLECİ, Prof. Dr. Fethi DOĞAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Ocak-Aralık 1997'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Laboratuvarına getirilen 166 su örneğinin fiziksel ve kimyasal, 294 adet su örneğinin de bakteriyolojik analizi değerlendirilmiştir. Kırsal kesimden gelen kuyu sularının 3/4'ün de nitrat değeri müsaade edilenin üzerinde bulunmuştur. Bakteriyolojik olarak, kuyu sularının 1/4'i kirli olarak saptanmıştır. Atıkların fos-septik çukurlarda toplandığı kırsal kesim kuyu suları ile kanalizasyon şebekesinin bulunduğu İzmir şehri kuyu sularının kirlilik oranları aynı bulunmuştur.

SUMMARY**EVALUATION OF THE WATER SPECIMENS FROM İZMİR, DELIVERED TO THE LABORATORY OF
PUBLIC HEALT INSTITUTE IN MEDICAL FACULTY OF "EGE" UNIVERSITY.**

From January 1997 to December 1997; 166 in İzmir, were analyzed for their physical and chemical; and other 294 water specimens for their bacteriological properties. In 3/4 of well-waters from rural areas, where the waste waters collected in cesspools. nitrate contents were above the permitted level and 1/4 of them were bacteriologically contaminated. The well-waters from urban areas of İzmir, where the waste waters poured out in the canalisation, were also contaminated in the same proportions.

P5

**İŞ
SAĞLIĞI**

**BİR İŞ STRESİ ÖLÇÜMÜ OLARAK "ÖRGÜTSEL STRES ANKETİ-VOS-D":
UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Meral TÜRK, Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU, Dr. Şafak Taner GÜRSOY

Ege Üniversitesi, Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: İş stresini ölçmeye yönelik olan "Örgütsel Stres Anketi-D" nin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik, geçerliğinin saptanmasıdır.

Gereç Yöntem: Araştırmaya İzmir'de farklı teknoloji türündeki altı fabrika ve bir hizmet kuruluşunda çalışan 807 işçi katılmıştır. Özgün dili Hollandaca olan "Örgütsel Stres Anketi-D" nin çeviri ve Türkiye'deki çalışan kesimin sosyokültürel özelliklerine göre uyarlama işlemlerinden sonra yapılan uygulamadan elde edilen sonuçların güvenilirliği değerlendirilmiştir.

Bulgular: İç ölçek (işyerinden ayrılmama, iş doyum eksikliği, işle ilgili karar sürecine katılma eksikliği) dışındaki ölçeklerin, Cronbach Alpha katsayıları, güvenilirlik açısından kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Geçerlik değerlendirmesi için faktör analizi ve birlikte geçerliğe bakılmış; faktör analizinde özgün anketteki madde dağılımına oldukça yakın bir faktör dağılımı olduğu görülmüştür. Birlikte geçerliğine bakılan stresörler ile psikolojik gerginlikler ve sağlık yakınmaları arasında gözlenen ilişkiler de istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

Sonuç: "Örgütsel Stres Anketi-D" nin güvenilirlik ve geçerlik açısından kabul edilebilir Türkçe versiyonu, bundan sonraki çalışmalarda kullanılabilecek şekilde ortaya konmuştur.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to adapt Organizational Stress Questionnaire "VOS-D", a job stress measure, into Turkish and to check its reliability and validity.

Design: 807 employees of six factories using different technologies and a service firm in İzmir participated in the survey. After translation and adaptation of the Organizational Stress Questionnaire, prepared in Dutch, to the sociocultural structure of Turkish working population, the reliability was tested.

Results: The results indicated that except the three scales (dependence to the workplace, absence of job satisfaction, decision latitude) Cronbach's alpha coefficients were acceptable as reliable. Factor analysis and concurrent validity studies showed similar factor solutions with the original form and statistically significant correlations between stressors, psychological strain and health problems.

Conclusion: Finally, the suggested Turkish version of Organizational Stress Questionnaire, is accepted as reliable and valid to use in the following studies.

**İZMİR-ÇEŞME OTOYOLUNDAKİ İSTASYONLARDA ÇALIŞAN GİŞE MEMURLARINDA
EGSOZ KURŞUNUNDAN ETKİLENME**

Nesrin KOCABIYIK

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı ABD

ÖZET

İzmir-Çeşme otoyolundaki istasyonlarda çalışan gişe memurlarında 1995 ve 1996 yıllarında kan kurşun düzeyleri ölçülerek bir yıl içinde kanlarındaki kurşun düzeylerinde artma olup olmadığı araştırılmıştır.

İzmir-Çeşme otoyolundaki 6 istasyonda 100 gişe memuru çalışmaktadır. 1995 yılı kasım ayında aynı yaş gurubundan, aynı süre çalışmış gönüllü 90 gişe memurundan kan alınmıştır. 1996 yılı kasım ayında aynı gişe memurlarından 75 kişiden kan alınmıştır. Kanda kurşun atomik absorpsiyon spektrofotometresiyle ölçülmüştür.

1995 yılında kanları alınan 90 gişe memurundan, 1996 yılında da kanları alınan 75'nin kan kurşun düzeyleri ortalaması 10.386 ug/100ml. SD 1.304, 1996 yılında aynı 75 gişe memurunun kan kurşun düzeyleri ortalaması 13.253 ug/100ml. SD 2.914 bulunmuştur. Otoyol gişe memurlarının 1995 yılı kan kurşun düzeyleri ortalaması ile 1996 yılı kan kurşun düzeyleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak İzmir-Çeşme otoyolunda çalışan gişe memurlarının 1995 ve 1996 yılları içinde otoyoldan geçen araçların egsoz kurşunundan etkilenmedikleri belirlenmiştir.

SUMMARY**THE AFFECT OF THE EXHAUST LEAD ON THE TICKET-COLLECTORS
WORKING IN THE TICKET-WINDOWS ON İZMİR-ÇEŞME MOTORWAY**

The blood lead levels of the ticket-collectors working in the ticket-windows on İzmir-Çeşme motorway were counted in 1995 and 1996, and it was searched whether there is an increase or not.

There are 100 ticket-collectors working on İzmir-Çeşme motorway, on 6 stations. In November'95, blood samples were taken from 90 ticket collectors who has been working for the same period and who are in the same age group. In November'96 blood samples were taken from 75 of the same collectors. Blood lead was counted by Atomic Absorption Spectrophotometer.

The mean of blood lead levels of the 75 ticket collectors whose blood lead levels were taken in 1996 was 10.386 ug/100ml. SD 1.304. In 1996, the mean of blood lead levels of the same 75 ticket-collectors was 13.253 ug/100ml. SD 2.914. A statistical meaningful difference was not found between the means of blood lead levels of the ticket-collectors in 1995 and 1996.

As a result it is detected that the ticket-collectors on İzmir-Çeşme motorway were not affected by the exhaust lead in 1995 and 1996.

**BİR ENDÜSTRİYEL KİRLİTİCİ NEDENİYLE BANDIRMA'NIN EDİNCİK BELDESİNDE
İÇME SULARININ KİMYASAL DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzm. Dr. Günay CAN*, Uzm. Dr. Ümit ŞAHİN*, Dr. Sadık TOPRAK*, Prof. Dr. Salih CENGİZ**, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ*

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
**İstanbul Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü

ÖZET

Marmara Denizi güney kıyısında Bandırma-Tatlısu sahilinde bulunan BAGFAŞ Entegre Gübre Fabrikası ve ETİBANK Sülfirik Asit ve Borik Asit Tesisinin su, toprak ve hava kirliliğine yol açtığına yönelik olarak yöre halkının yakınmaları uzun yıllardır devam etmektedir. 1989 yılında TÜBİTAK tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmada da ETİBANK ve BAGFAŞ tesislerinin atık su, katı atık ve baca gazı değerlendirmeleri ile alıcı ortam olan hava, toprak ve denizde incelemeler yapılmış ve kirlilik düzeyleri saptanmıştır.

Bu çalışmanın amacı TÜBİTAK raporunda saptanan kirliliğin tesislere en yakın yerleşim yerleri olan Edincik beldesi ve Çalışkanlar köyünde içme ve kullanma sularını etkileyip etkilemediğini araştırmaktır.

15 ayrı noktadan alınan içme-kullanma suyu örnekleri TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü Kimya Laboratuvarı tarafından tam kimyasal analize tabi tutulmuş, ayrıca sudaki florür konsantrasyonu ölçülmüştür.

Sonuçta örneklerin 7'sinde (%46, 7) bulanıklık gıda maddeleri tüzüğünde izin verilen düzeyin (5 NTU) üzerinde bulunmuş, diğer parametrelerin standart değerlerin altında olduğu saptanmıştır. Kirliticilerin Edincik beldesi ve Çalışkanlar köyünün içme-kullanma sularında kirliliğe neden olmadıkları görülmektedir. Yöredeki araştırmalar daha ileri çalışmalarla sürdürülecektir.

SUMMARY

BAGFAŞ fertilize factory and ETİBANK sulfuric acid and boric acid factory are near the south coast of Marmara Sea. Chemical pollution originated by these factories was informed by the people of region and supported by TÜBİTAK in 1989. The aim of this study is to determine the pollution of drinking waters used in Edincik town and Çalışkanlar village that are close to these factories.

Samples of drinking water were collected from 15 points. These are analysed by the chemistry laboratories of the Ministry of Health, Istanbul Department of Institute of Hıfzıssıhha. Total chemical analyzes and measuring of flouride concentrations were performed.

As a result, the turbidity of samples over the standarts were determined in 7 of samples (46, 7%). Other parameters were below the standarts. Dr. inking waters of Edincik and Çalışkanlar are not affected by the pollutants. Studies will be continued.

İZMİR-ALTINDAĞ ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİNDEKİ ÇIRAKLARIN SİGARA İÇMELERİNDE AİLELERİNİN ve İŞ ORTAMININ ETKİSİ

Dr. Nesrin KOCABIYIK*, Dr. Hilal BATI**, Doç. Dr. Ali Osman KARABABA**

*Altındağ Özel Polikliniği

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bornova-İzmir

ÖZET

1997 Ocak-Mayıs aylarında gerçekleştirilen çalışmada İzmir-Altındağ Çıraklık Eğitim Merkezinde eğitim gören çırakların sigara içmeleri üzerinde ailelerinin etkisi araştırıldı. Haftada bir gün eğitim almak için Çıraklık Eğitim Merkezine gelen 1200 çıraktan, ulaşılabilen 990'ına araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu uygulandı. Elde edilen veriler, SPSS 6.0 istatistik paket programı ile değerlendirildi. Erkek öğrencilerin %54'ünün, kız öğrencilerin %53.2'sinin sigarayı denemiş, içip-bırakmış veya içiyor olduğu; erkeklerin %27.1'nin ve kızların %37.1'nin halen sigara içmekte olduğu saptandı. Sigara içen çırakların yaş ortalaması 17.50±1.54, sigaraya başlama yaşı ortalaması 13.87±2.54 olarak bulundu. Çırakların sigara içme konuları üzerinde aile yapısının, anne ve babalarının eğitimi ve mesleklerinin etkisi olmadığı, aile bireylerinin ve işyerlerinde çalışanların sigara içmelerinin etkili olduğu saptandı. Sonuç olarak ailede ve iş ortamında sigara içilmesi, çırakların sigara içmelerini etkilediği belirlendi.

SUMMARY

This study has been carried out in İzmir-Altındağ Apprenticeship School between February-May 1997. The aim of this study was to find out the effects of family and working environment on smoking habits of apprenticeship school students. A precoded questionnaire form has been prepared by researchers and have been applied on 990 apprentices from 1200. Apprentices work 5 days a week and education take place for one day. Obtained data has been evaluated by SPSS 6.0. 54% of the boys, 53% of the girls were found to be tried before but nonsmoker now, ex smoker or current smoker. 27.1% of the boys and 37.1% of the girls were found to be current smoker. Average mean of the age of current smokers were found to be 17.50±1.54 and beginners' 13.87±2.54. It was determined that the family structure, the education of the parents and profession have no effect on the apprentices' smoking habits where parents' and colleagues' smoking habits do. As a result it was defined that smoking in the family and in the working environment effects the apprentices'.

**ENDÜSTRİDE FARKLI İŞ KOLLARINDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Halim İŞSEVER¹, Prof. Dr. H. Hilmi SABUNCU¹, Yard. Doç. Dr. Rukiye PINAR²

¹İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. Dalı.

²Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı endüstride farklı iş kollarında yaşam kalitesini değerlendirmektir. Çeşitli iş kollarında farklı şikayetler olup olmadığını tespit etmek amacı ile çalışma kapsamına 50 döküm işçisi, 50 tersane işçisi, 30 itfaiye çalışanı ve 50 kişi ofis memuru olmak üzere toplam 180 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. Kişilere SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir ($p<0.01$).

SUMMARY

Evaluation of quality of life in various branches of the industry. The purpose of this study is to assess quality of life in various branches of the industry. In order to determine whether different complaints can be noted in various industrial setting, 50 welders, 50 melted material workers, 30 fire fighters were randomly selected as the study group and 50 office clerks were allocated as controls. The whole group has a total 180 workers. The SF36 was applied to the concerned persons. Among QOL scores in various branches of the industry statistically significant differences have been observed.

ÇOCUK İŞÇİLERDE EGZOS GAZINA MARUZİYETİN GETİRDİĞİ SAĞLIK SORUNLARI

Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN, Yrd. Doç. Dr. Şennur DABAK,
Arş. Gör. Dr. Ahmet KİLİNÇER, Arş. Gör. Dr. Murat TOPBAŞ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: Endüstride çalışanlar, insan sağlığını olumsuz etkileyen gazlara maruz kalırlar. Havalandırmanın yeterli olmadığı kapalı ortamda çalışan taşıtların yaydığı egzoz gazı bileşimindeki %0.1 NO, %1 CO, %3 H₂, %10 H₂O, %0-1 O₂, %77.6-78.6 N₂ ve kurşunun, çalışanların başta hematopoetik sistem olmak üzere tüm sistemlerine olumsuz etkileri bilinmektedir. Çalışmanın amacı oto-motor tamir atölyesinde çıraklık yapan çocukların ortamdaki egzoz gazından ne ölçüde etkilendiklerini saptamak ve bu etkilenemeyi değerlendirebilmek için rutinde kullanılabilir tanı yöntemlerini geliştirmektir.

Gereç-yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanan bu çalışmada, Çorum Otomotor Tamir Çıraklık Eğitim Merkezi'nde 28 Mayıs 1997 tarihinde 276 çocuk işçiye genel bilgileri içeren anket formu uygulanmıştır. Her çırak tam bir fizik muayeneden geçirilmiş; 72 çırağın kanda karboksihemoglobin ve CBC düzeyine bakılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Student-t testi kullanılmıştır.

Bulgular-tartışma: Çırakların %12.5'i baş ağrısı, %5.6'sı halsizlik, %4.2'si çarpıntı, %2.8'i baş dönmesi, %2.8'i karın ağrısı, %1.4'i kramp, ve %1.4'ü bel ağrısı yakınması olduğunu belirtirken fizik muayenede %52.8'de konjunktival solukluk, %34.7'sinde kaşık kırık, %22.2'sinde Burton çizgisi, %15.3'ünde dişlerde renk değişikliği ve %4.2'sinde dil papillerinde atrofi saptanmıştır. Çırakların ortalama hemoglobin düzeyi 13.4±0.2 gr/dl ve ortalama kan karboksihemoglobin düzeyi 1.9±0.1 %Hb olarak bulunmuştur. Sigara içen ile içmeyen çırakların kan karboksihemoglobin düzeyleri arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır (p<0.01).

Sonuç: Sonuçları çırakların egzoz gazından olumsuz yönde etkilendiklerini göstermektedir. Çalışma ortamının insan sağlığına olan olumsuz etkileri göz önünde tutularak işveren, işçi ve çırakların eğitimi ve çalışma koşullarına yönelik koruyucu düzenlemelerin yapılmasının ve çalışanların periyodik olarak kanda hemoglobin ve karboksihemoglobin düzeylerinin bakılmasının erken tanı açısından önemli olduğu kanısına varılmıştır.

SUMMARY

THE HEALTH PROBLEMS AMONG CHILD WORKERS EXPOSED TO EXHAUST GAS

Purpose: Workers who work in industry are exposed to gases that pose a health risk to humans. It's known that the exhaust gas spreading from working vehicles in enclosed places where ventilation is restricted has harmful effects to all systems of workers, especially to the hematologic system. The exhaust gas contains 0.1% NO, 1% CO, 3% H₂, 10% H₂O, 0-1% O₂, 77.6-78.6% N₂ and lead in its composition. The aim of this study is to determine whether child workers affected from exhaust gas in motor-car repair shops and to develop routine diagnostic methods in order to evaluate these effects.

Material-Method: On May 28th 1997, a descriptive study was performed in Çorum Motor-Car Repair Apprenticeship Training Center where 276 child workers were attending. A questionnaire was applied to them. Each apprentice was assessed by physical examination; whole blood count and carboxyhemoglobin concentration was measured in 72 child workers. Student t test was used for statistical analysis.

Results: 12.5% of apprentices complained of headache, 5.6% of fatigue, 4.2% of palpitation, 2.8% of vertigo, 2.8% of abdominal pain, 1.4% of cramp, and 1.4% of lomber pain. In physical examination, conjunctival pallor (52.8%), spoon nail (34.7%), Burton line (22.2%), dental discoloration (15.3%) and atrophic angular cheilitis (4.2%) were observed. The mean hemoglobin level was 13.4±0.2 gr/dl and the mean carboxyhemoglobin level was 1.9±0.1 %Hb. Significant difference was found between carboxyhemoglobin levels of smokers and nonsmokers (p<0.001).

Conclusion: The results showed that the apprentices were effected harmfully from exhaust gas. When we take the harmful effects of workplaces into consideration, it's appropriate to train employers and apprentices to obtain preventive arrangements for working conditions and to measure the level of hemoglobin and carboxyhemoglobin in the blood.

**DOĞANKENT BELDESİNDEKİ BİR TEKSTİL FABRİKASINDA ÇALIŞANLARIN
SAĞLIK DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

Uzm. Dr. Ferdi TANIR, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Doç. Dr. Necdet AYTAÇ, Prof. Dr. Muhsin AKBABA

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ADANA.

ÖZET

Amaç: Halk Sağlığı'nın bir alt dalı olarak doğan ve giderek özgün bir karakter kazanan İşçi Sağlığı'na, hekimlerin katkılarından birisi de işçilerin sağlık durumlarının tespittir. Amacımız, Adana ili Doğankent beldesindeki bir tekstil fabrikasında, işçilerin sağlık durumlarını saptayarak ilk basamak kaydını gerçekleştirmek, sonraki çalışmalara ışık tutmak ve çalışanların sağlık düzeylerinin yükseltilebilmesi için belirlenen önerilerle, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği'ne katkıda bulunmaktır.

Yöntem: Doğankent beldesindeki bir tekstil fabrikasında, Eylül 1995 ile Ocak 1996 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bu çalışmada en az 1 yıldır çalışan 306 işçi çalışma kapsamına alındı. Çalışanların önce açlık kan şekeri, hematokrit, periferik yayma, tam idrar ve gaita tetkikleri yapıldı. Daha sonra yüz yüze anket uygulandı ve Snellen eşeli yardımıyla kırma kusuru ilk muayenesi ile tam sistemik muayeneleri yapıldı. Sonuçlar SPSS paket programında değerlendirildi ve gerekli yerlerde ki-kare testi yapılarak sunuldu.

Bulgular: 110'u (%35.9) Erkek, 196'sı (%64.1) Kadın toplam 306 çalışanın yaş ortalaması: 27.8±7.8 idi. İşçilerden 4'ü (%1.3) okur-yazar değil, 210'u (%68.6) ilköğretim, 66'sı (%21.6) lise ve 26'si (%8.5) ise yüksek okul bitirmişti. 154'ü (%50.3) evli, 152'si (%49.7) bekar olan işçilerin ortalama çocuk sayısı: 1.67±28 idi. Ev halkı sayısı ortalaması 4.73±1.90 olarak belirlendi. İşçilerin 269'u (%87.9) üretimde aktif olarak çalışan Mavi Yakalı, 37'si (%12.1) ise idari personel denilen Beyaz Yakalı çalışan grubundaydı. İşçilerden 118'inin (%38.6) aile öyküsünde hipertansiyon, 10'unun (%3.3) kişisel öyküsünde ürolitiazis en çok görülen hastalıklardı. Çalışanlardan 12'sinin (%3.9) SSK'nun sakat işçi tanımına uyan sakatlığı vardı. 12 (%3.9) çalışan en az bir kez trafik kazası, 41'i (%13.4) ise herhangi bir nedenle en az bir kez ameliyat geçirmişti. Araştırılan işçilerin 106'sı (%34.6) sigara içiyordu ve 160'ı (%52.3) son üç ayda en az bir kez hekime başvurmuştu. İşçilerden 292'si (%95.4) muayene ve tetkikler sonunda bir ön tanı almıştı. En çok görülen ilk 5 hastalık, 105'inde (%34.4) üriner enfeksiyon, 104'ünde (%34.0) diş patolojisi, 86'sında (%30.0) parazitoz, 83'ünde (%27.1) kırma kusuru ve 51'indeki (%19.3) ÜSYE idi.

Sonuç: İşyerinde, çalışma ortamı koşullarından etkilenen, mavi yakalılar ve kadınlar vb. gibi risk gruplarının, işe giriş, dönüş ve periyodik muayenelerle izlenmesi ve koruyucu hekimlik temel ilkeleri ile önlemlerinin alınması gerektiği kanısına varıldı.

SUMMARY

**THE STUDY OF HEALTH CONDITIONS OF WORKERS
WORKING AT A TEXTILE FACTORY IN DOĞANKENT TOWN**

Aim: One of the doctors' contributions to the workers health which was born as a sub-branch of Public Health and gradually it has had an original character is to determine the health conditions of the labourers. Our aim is to realize the first step recording by determining the health conditions of labourers who work at a textile factory in Doğankent town of Adana, to enlighten the next studies and to contribute the workers health and labour security with the help of fixed advices to raise the health level of labourers.

Method: In this defining and sectioned study which was done between september 1995 and January 1996 at a textile factory in Doğankent town, 306 labourers who have been working for at least 1 year were included. First of all their Fastingblood Sugar Level, Haematocrit, Blood Film Examination, urinalysis and feces examination investigations were done. Later a face to face survey was applied and with the help of Snellen figure, refractive error first examination and full systemic examinations were done. The results were evaluated in SPSS packet programme and it was presented at necessary places by chi-square test being done.

Findings: The average age of labourers. 110 men (35.9%) 196 women (64.1%) totally 306, is 27.8±7.8. 210 of the labourers had a primary education (68.6%) and 154 of them are married and the average number of children they had is 1.67±28. The average number of household members was determined as 4.73±1.90 269 of the workers (87.9%) were with Blue Collar working group and 37 of them (12.1%) were in White Collar working group. In the family story of 118 labourers (38.6%) hypertension, in the personal story of 10 labourers (3.3%) urolithiasis were the frequent diseases. 12 of them (3.9%) had at least a traffic accident, 41 of them (13.4%) had at least an operation by any reason. 106 (34.6%) of them were smoking cigarettes and 160 of them (52.3%) had applied to a doctor at least once in 3 months. 292 of the labourers (95.4%) had a front diagnosis at the end of the examinations and investigations. The most frequent first five diseases with 105 of them (34.4%) was urinary tract infections, with 104 of them (34.0%) was tooth pathology, with 86 of them (30.0%) parasitic diseases, with 83 of them (27.0%) was refractive error. 51 of them (19.3%) was upper respiratory infections.

Result: It was judged that some precautions have to be taken with the protective and medical basic principles and the risk groups that have been effected by working environment conditions at work such as labourers with blue collars and women have to be followed by coming in or going out of work and periodic examinations.

AYAKKABI İMALATHANELERİNDE İŞÇİ SAĞLIĞI SORUNLARI

Yıldız ÜNER¹, Ayşe POSTALLI², Nazan EKİZ³, Mustafa SEZGİN⁴Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşçi Sağlığı İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM), Adana Laboratuvarı
¹Baş İş Müfettişi Kim. Yük. Müh., ²Kimyager, ³Biolog, ⁴Kimya Mühendisi

ÖZET

Ayakkabı imalathanelerinde, işçilerin kullandıkları yapıştırıcıların içerdiği organik solventlerin sağlık üzerindeki muhtemel etkilerinin araştırılması ve işyeri hijyen koşullarının değerlendirilmesi amacıyla Adana ilinde faaliyet gösteren 40. Gaziantep ilinde faaliyet gösteren 25 olmak üzere toplam 65 ayakkabı imalathanesinde Hegzan ve Toluen'den etkilene durumlarını belirlemek amacıyla işçi sağlığı yönünden incelemeler yapılmıştır.

Bu amaçla yürütülen inceleme çalışmalarında:

- 1-İşyeri havalandırma koşulları incelenmiş, hava akım hızları ölçülmüş,
- 2-Kullanılan yapıştırıcılardan numuneler alınarak Gaz Kromatografisi Yöntemi ile analiz yapılmış.
- 3-Çalışan işçilerden kan örnekleri alınmış ve periferik yaymalar hazırlanarak ÇÜ'de görevli bir hematolog tarafından değerlendirilmiştir.
- 4-Taramaya alınan işçilere ekonomik ve sosyal açıdan değerlendirilmek amacıyla 18 soruluk bir anket formu uygulanmış.
- 5-Adana ilinde taramaya alınan işyerlerinde ortam atmosferinde hegzan ve toluen konsantrasyonları genel amaçlı bir gaz analizatörü kullanılarak ölçülmüştür.

Çalışma sonucunda:

- 1-Ayakkabı imalathanelerinde çalışan işçi sayısı ve kişi başına düşen hava hacmi incelendiğinde, işçi sayısı arttıkça kişi başına düşen hava hacminin İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü'nde önerilen 10 m³'ün altına düştüğü,
- 2-Kullanılan yapıştırıcılardan alınan numunelerin Gaz Kromatografisi ile yapılan analizi sonucunda yapıştırma ilaçlarının ağırlıkla hegzan ve toluen. solüsyonların ise ağırlıkla hegzan içerdikleri,
- 3-Çalışan işçilerde yapılan periferik yayma sonuçlarının değerlendirilmesinde taranan 339 işçiden 141'inde (%42) lökopeni, hipokromi, nötropeni ve allerjik durum olduğu.
- 4-Taranan işçilere uygulanan anket formlarının değerlendirilmesinde, tamamı ilkökul mezunu olan işçilerin sipariş üzerine çalıştıkları, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olmadıkları, daha iyi çalışma koşullarında sigortalı olarak çalışmak istedikleri.
- 5-Adana ilinde taramaya alınan işyerlerinde, genel amaçlı gaz analizatörü kullanılarak yapılan ölçümler sonucunda, solüsyon kullanımı sırasında hegzan konsantrasyonun eşik sınır değerinin (ESD) çok üzerinde, yapıştırma ilacı kullanımı sırasında ise hem hegzan hem toluen konsantrasyonlarının (ESD)'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

SUMMARY

OCCUPATIONAL HEALTH PROBLEMS AT FOOTWEAR MANUFACTURE

Yıldız ÜNER¹, Ayşe POSTALLI², Nazan EKİZ³, Mustafa SEZGİN⁴Ministry Of Social Security And Employment, Occupational Safety and Health Center, Adana Laboratory
¹Head Inspector Chem. Eng., ²Chemist, ³Biolog, ⁴Chem. Eng.

Exposure of workers to organic solvents is very common occupational health problem in Turkey.

In attempt to investigate the effects of hegzane and toluene exposure, workers of 65 workplaces being members of The Footware Manufactures Society and located on two footware manufacturing sites have been monitored from occupational health point of view.

In order to assess working conditions of the workplaces covered:

1. Hexane and toluene concentrations in the working atmosphere measured,
2. Samples taken from the glues analyzed by Gas Chromatography
3. Ventilation conditions of workplaces examined and air flow rates measured
4. Hematological tests made with blood samples taken from the workers
5. A questionnaire of 18 questions applied to the workers for economic and social assessment.

**KÜÇÜK-ORTA ÖLÇEKLİ İŞYERLERİ
ORTAK SAĞLIK ve GÜVENLİK BİRİMİ MODEL ÖNERİSİ**

Prof. Dr. Nazmi BİLİR, Dr. Ali Naci YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Küçük ve orta ölçekli işyerlerinin çalışma hayatında önemli bir yeri vardır. İşgücünün önemli bir bölümü bu işyerlerinde çalışmaktadır. Öte yandan bu işyerlerinde sağlık ve güvenlik bakımından yeterli örgütlenme yoktur. Sosyal Sigortalar Kurumu dispanserleri, Sağlık Bakanlığı sağlık ocakları ya da özel muayenehane gibi birinci basamak sağlık kuruluşları ise genellikle tedavi edici sağlık hizmetine yönelmiş oldukları için, küçük işletmeler koruyucu sağlık hizmetleri bakımından yetersizliklerle karşı karşıyadır. Bu nedenlerle, küçük işyerleri için ortak sağlık birimi modelinin hayata geçirilmesi çalışmalarının başlatılması gerekmektedir. Bu yazıda, bu konu ile ilgili bir model önerisi sunulmaktadır. Bu öneri asıl olarak tarafların katkı ve katılımını öngörmektedir. Böylelikle, küçük işyerleri için ortak sağlık birimi konusunun tartışmaya açılması amaçlanmaktadır.

SUMMARY

Middle and small sized working places has an important place in the working life. Most important part of the labor force work at those places. From the other side there is not adequate organization regarding the health and safety in those places. Small sized establishments come to face with insufficiencies in terms of preventive health services. Because of all those reasons, it is necessary to start studies for realization of the common health unit model for the middle and small sized working places. In the current study a model project is proposed related to subject matter. Mainly this proposal claims the participation of the parties. In this manner, it is aimed to open up to discussion of the common health units for middle and small sized working places.

**ANKARA SİTELER'DEKİ POLYESTER ATÖLYELERİNDE
SAĞLIK SORUNLARI**

Dr. B. ÖNAL, G. EREL, G. VURAL, Ö. KUTLU, G. ÖZAYDIN, M. KARAN, Dr. H. SABİR

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi, Ankara.

ÖZET

Bu araştırma: polyester atolyelerinde kullanılan çözücülerin; çalışanların sağlığına etkisini gündeme getirebilmek ve sorunun çözümü doğrultusundaki çalışmalara katkıda bulunabilmek için Temmuz 96-Nisan 97 tarihleri arasında planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmada toluen ve stiren gibi çözücülerini kullanan 31 işyerinde çalışan, 128 kişinin idrar numunelerinde bu çözücülerin metaboliti olan hippurik asit ve mandelik asit analizleri yapılmıştır.

Değişik marka tiner ve boyaların kullanıldığı polyester atolyelerinde çalışma ortamındaki çözücü buharı MIRAN IBX gaz analizör cihazı ile, işyerlerinden alınan tiner numunelerinde: toluen, stiren, benzen analizleri gaz kromatografisinde (Shimadzu) yapılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan polyester atolyelerinde çalışan 128 kişinin %12.8'inde toluen maruziyetine bağlı olarak hippurik asit; etkilenme düzeyi olan 2 mg/ml ve daha yüksek, idrardaki hippurik asit ortalamaları ise 1.04 ± 0.08 mg/ml olarak bulunmuştur (kontrol grubu hippurik asit ortalaması 0.21 ± 0.02). Çözücü kullanan polyester atolyelerinde çalışanlarla, çözücü kullanmayanların idrardaki hippurik asit düzeyleri ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p < 0.0001$). Bu işyerlerinden stiren kullanılan 13 işyerindeki 55 kişide stiren maruziyeti tespit edilmemiştir.

Halsizlik, unutkanlık, dikkat azalması gibi subjektif yakınmalar ile başağrısı, öksürük, deri, göz ve burun ile ilgili yakınmalar ve nörolojik yakınmaların sıklığı çözücü kullananlarda kullanmayanlara göre deri, göz ve burun ile ilgili yakınmalar karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur.

SUMMARY**HEALTH PROBLEMS IN POLYESTER PLANTS**

This study was carried out to call attention how the solvents used in polyester plants affect the employees. It was planned and applied at July 1996-April 1997. This study was conducted at 31 polyester plants 128 employees who had been employed at these plants comprised the workers group. The control group consisted of 30 men showing similar demographic characteristics, but who had no workplace exposure to styrene and toluene.

Air concentration to toluene and styrene in the working area were measured by MIRAN IBX gaz analyzer.

Hippuric acid as a metabolite of toluene and mandelic acid as a metabolite of styrene were analysed in personal urinary samples.

Hippuric acid exposure limit is 2 mg/ml and this level was exceeded in 12.8% of the employees. Mean values of hippuric acid level were found statistically significant between the control and working groups ($p < 0.001$).

Group exposed to toluene had neurological, nasal and eye symptoms and there were statistically significant correlations in comparison with the control group.

According to the work duration skin, eye and nasal symptoms in both groups were compared and they were statistically significant.

P6

**BULAŞICI
HASTALIKLAR**

**BALIKESİR İLİ MERKEZİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN
AIDS BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

F. TÜFEKÇİ*, N. KARADAĞ**, *Dr. A.N. KİŞİOĞLU***

*Atatürk Sağlık Meslek Lisesi/Balıkesir
**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
***Devlet Hastanesi/Isparta

ÖZET

AIDS, human immunodeficiency virus (HIV) ile oluşan, aşısı ve tedavisi olmayan mortal bir hastalıktır. Hastalık hızla yayılmaktadır. Giderek çoğalan AIDS hastaları sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu nedenle Balıkesir il merkezinde hasta birey ve hastanın yakınları ile yakın iletişimde bulunan sağlık personelinin bu konudaki bilgi ve tutumunu öğrenilebilmek için, ankete dayalı bir çalışma yapıldı.

AIDS ile ilgili bilgi kaynaklarında ilk sırada dersler gelmektedir. Basın ve TV'nde bu konuda önemli bir bilgi kaynağı olduğu görülmüştür. Bu nedenle medyada eğitici programlara daha ağırlıklı yer verilmesi gereklidir. AIDS bulaşmasının önlenmesinde önerilen Aile Planlaması yöntemi kondom olmuştur. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların gizli tutulması ve sağlıklı veriler eldi etmenin zorluğu düşünüldüğünde sağlık personelinin bu konudaki bilgi ve tutumu önemlidir.

SUMMARY

AIDS, which is caused by Human Immuno deficiency Virus (HIV), is a mortal disease that has not vaccination and treatment. The disease expands quickly. An increasing number of people, who have AIDS virus are going to health centers. This purpose, the knowledges and behaviour of the health workers, about AIDS virus become more important.

At the city center of Balıkesir a poll has been made for learning the information and behaviour of the personel of health service about this subject who are at the first degree in contact with the ill people and with their relations.

It has been found that, the information resource about AIDS firstly, consists of lectures. It has also been observed that, media is another information resource.

Considering that the people get the disease from sexual ways keep it secret and therefore, the difficulty in gathering true data the knowledge and behaviour of the personel of health service about, AIDS, appears to be more important.

The goal of AIDS education is to promote behaviour that prevents the transmission of HIV. Learning the behavioural skills that are needed for prevention forms the major content this aim. As you can see, the aim is concerned more with the development of skills for responsible behaviour than with knowledge about AIDS.

The skills relevant to HIV/AIDS preventive behaviour are self-awerance, decision making, assertiveness to resist pressure to use drugs or to have sex negotiation skills to ensure protected sex, and practical skills for effective condom use.

It is difficult that people have HIV doesn't give knowledge about them AIDS. It is important that, nurses and other health service staff, who come in close contact with patients, who have AIDS are trained to take precautions as part of the hospital routine.

DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE HIV/AIDS'İN DURUMU

*Dr. R. Cenap YILDIRIM, *Dr. Asuman ÖZKAN

*Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Zührevi Hastalıklar ve Lepra Şubesi.

ÖZET

HIV/AIDS dünya'da hızla artmaktadır ve 1997 yılında 30.6 milyon kişinin HIV-1 bulağı tanıtılmaktadır. HIV/AIDS'in yayılımı bu hızla devam ettiği ve gerekli önlemler alınmadığı takdirde 2000 yılında yaklaşık 45 milyon kişinin HIV bu enfekte olduğu tahmin edilmektedir.

HIV/AIDS'in Türkiye'deki durumu ele alındığında; HIV/AIDS, 1985 yıl Ekim ayı Türkiye'deki ilk vakası bildirilmiştir. Bugüne kadar toplam 741 HIV/AIDS vakası bildirilmiştir. Bunların 487 (%65.7) taşıyıcı, 254 (%34.3) HIV-1'dir.

Vakaların %75'i erkektir. HIV/AIDS vakaları en çok 25-45 yaşları arasında görülmektedir ve 30-34 yaş grubu en çok vakaya sahiptir. Bulaşma yollarına baktığımızda %44'lük bir oran ile heteroseksüel cinsel temas ilk sırada gelmektedir.

Bu makalede Türkiye'de HIV/AIDS'in son durumu ve bu konuda yapılan çalışmalar sunulmaktadır.

SUMMARY

It is estimated that 30.6 million people are HIV-1 in 1997, the rate of HIV/AIDS is increasing in the world. If HIV/AIDS spreads at this rate and the necessary precautions are not observed, approximately 45 million people will have HIV in year 2000.

When we consider the situation of HIV/AIDS in Turkey; It has been announced that the first HIV/AIDS case in Turkey was in 1985. 741 HIV/AIDS occurrence has been declared to date. The 487 (65.7) of these are carriers and the 254 (34.3) are HIV-1.

The 75% of the occurrences are male. HIV/AIDS occurrence mostly appear in the ages between 25-45 and the most cases were in the 30-34 age group. The heterosexual contact is in the first line with a 44% rate when the transmission routes are compared.

The last case and the studies held on HIV/AIDS in Turkey is announced in this article.

**GÖLBAŞI İLÇESİ SAĞLIK PERSONELİNDE ANTi-TOKSOPLAZMA,
ANTI-RUBELLA ve ANTi-CMV ANTiKORLARININ DAĞILIMI**

Arş. Gör. Dr. Seçil ÖZKAN, Öğr. Gör. Dr. Işıl MARAL, Prof. Dr. M. Ali BUMİN

Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Bu çalışmada Gölbaşı ilçesi'nde 7 Sağlık Ocağı ve bir AÇSAP'da çalışan sağlık personelinde toksoplazma, rubella, CMV'un IgM ve IgG seropozitivitelerini ve personelin bu hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerini saptamak amaçlanmıştır. İncelenenlerde toksoplazma IgG seropozitivitesi %31.7, rubella IgM %25.0, rubella IgG %96.7, CMV IgG %80.0 saptanmıştır.

SUMMARY

This study has been done on the personell of eight primary health care units within Gölbaşı area. The personell of this units have been medical tested for seropozitivite for IgM and IgG of toxoplazmosis, rubella, CMV and also they have been questioned about the knowledge of these diseases. The personell under investigation discovered to be seropozitivite with the following percentages: 31.7% Toxoplazmosis IgG, 25.0% Rubella IgM, 96.7% Rubella IgG, 80.0% CMV IgG.

**BAŞIBOŞ KEDİ ve KÖPEKLER ve
HALK SAĞLIĞI**

Dr. Mestan ÖZYER*, Doç. Dr. Figen DORAN**

Adana Çevre ve Tüketici Koruma Derneği-*Uzman Veteriner Hekim, **Patoloji Uzmanı

ÖZET

Başı boş kedi ve köpekler gerek büyük kentlerde, gerekse kırsal alanda halk sağlığını ilgilendiren bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda görevli kişi veya kurumlar, yasaların kendilerine verdiği yetkilere dayanarak, başı boş kedi ve köpekleri itlaf veya benzeri yöntemlerle kontrol etmeye çalışmakta, ancak kedi ve köpeklerin öldürülmesine hayvan sahipleri ve hayvan severler tepki göstermektedirler. Başı boş kedi ve köpekler bulaştırma potansiyeli taşıdıkları hastalıklar açısından bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme gelirken diğer yandan da hayvan hakları ve kamu vicdanı açısından da ayrı bir problem oluşturmaktadır. Bu nedenlerle sorunun geniş boyutlarla tartışılması ve kabul edilebilir bir çözümün ortaya konulması gerekmektedir.

**KÖY HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HBsAg'İ POZİTİF ve SERONEGATİF OLAN
İKİ GRUP İŞÇİNİN AİLELERİNDE HEPATİT B PREVALANSI**

Dr. Rana GÜVEN*, Doç Dr. Hilal ÖZCEBE**, Dr. Ali MERT***

*Köy Hizmetleri Ankara İl Md. İşyeri Hekimi

**HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

***SSK Ankara Eğitim Hastanesi Mikrobiyoloji Klinik Şefi

ÖZET

Köy Hizmetleri Ankara İl Müdürlüğü'nde çalışan işçilerde Kasım 1995-Haziran 1996 tarihinde hepatit B prevalans çalışması planlanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucu HBsAg'î pozitif bulunan 38 işçinin ailesinde hepatit B prevalans çalışması yapılmıştır. Ocak-Mayıs 1997 tarihinde seronegatif işçiler arasından random seçilen 38 işçinin ailesinde hepatit B prevalans çalışması planlanarak yürütülmüştür.

Sonuç olarak araştırma grubunda seropozitivite %53.5 bulunmuştur. HBsAg'î pozitif olan 38 (%6.3) işçinin %73.6 (28)'sının ailesinde seropozitivite saptanmıştır. Seronegatifler arasından seçilen ikinci grup 38 işçinin ise %44.7 (17)'sinin ailesinde seropozitivite bulunmuştur. Aile bireylerinde seropozitivite yüzdesi, ailede HBsAg pozitif bir kişinin varlığında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

SUMMARY

In this research a study on the prevalence of hepatitis B was planned and realized on the workers at Köy Hizmetleri Ankara İl Müdürlüğü from November 1995 through June 1996. After that, hepatitis B prevalence study was also realized on the families of 38 workers of whom HBsAg were found to be positive as a second step of the study. As a third step, during January-May 1997 another hepatitis B prevalence study was realized on the families of randomly selected seronegative 38 workers.

As a conclusion, seropositivity was found to be 53.5% in the research group, in the first step. However, seropositivity was found to be 73.6% in the families of HBsAg positive 38 (6.3%) workers as a result of the second step of the study. On the last step, seropositivity was found to be 44.7% among the families of the randomly selected 38 workers, of whom all seronegatives. The percentage of seropositivity among the family members in which a HBs Ag positive person takes place was found to be significantly higher than the families in which HBsAg positive person is absent.

**MERSİN DEVLET HASTANESİNE 1994 YILINDA BAŞVURAN
HAYVAN ISIRIĞI VAKALARININ İNCELENMESİ**

Uzm. Dr. Resul BUĞDAYCI*, Doç. Dr. Nafiz BOZDEMİR**

*Halk Sağlığı Uzm. ÇÜTF Biyoistatistik ABD

**ÇÜTF Aile Hekimliği ABD

ÖZET

Amaç: Mersin'de (İçel ili merkez ilçe ve bağlı köyleri) kuduz şüpheli ısırık vakalarının (KŞİ); ısırılan kişi, ısırılan hayvan, ısırık yarası ve uygulanan aşı açısından incelenmesi.

Gereç-yöntem: 1994 yılında, Mersin Devlet Hastanesine hayvan ısırığı nedeniyle başvuran ve kuduz aşısı uygulanan 1138 hastanın, aşı gözlem fişinden elde edilen veriler incelendi. Veriler: SPSS/P.C.+5.01 istatistik paket programıyla analiz edildi. Analizlerde ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Mersin'de 1994 yılında görülen KŞİ sayısı 1138'dir. Vakaların 755'i (%66.3) erkek, 383'i (%33.7) kadındı. Vakaların 872'si (%76.6) şehir merkezinde, 266'sı (%23.4) bağlı köylerde oturmaktaydı. Mersin'de vakaların en çok Ağustos 136 (%12.0), en az Aralık 68 (%6.0) ayında olduğu gözlemlendi. Aylara göre dağılımda yerleşim yerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p

**BİR ASKERİ BİRLİKTE GÖREVLİ ERLERDE
BCG AŞILILIK PREVALANSININ SAPTANMASI***

Dr. Ercan GÖÇGELDİ, Doç. Dr. Onur HAMZAOĞLU, Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ

GATA Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışma genç erişkin erkeklerde BCG ile aşıllık düzeylerinin saptanması, bunun yanı sıra BCG ile aşıllık düzeyi ile bazı sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, kesitsel tipte planlanmıştır.

Gereç-yöntem: Araştırma, bir askeri birliğe askerlik görevini yapmakta olan genç erişkin erkekler üzerinde uygulanan anket formundan sonra, her iki koluna bakılarak BCG aşı skarının aranması şeklinde gerçekleştirilmiştir. 1-2 skara sahip olanlar "eksik aşıllı", 3-4 skarlı olanlar "tam aşıllı" olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %93.1'inin en az bir BCG aşı skarına sahip olduğu, tam aşıllı (3-4 skarlı) oranlarının %21.1 olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Saptanan "en az bir aşıllı olanların" prevalansı Türkiye ortalamasından yüksek olmasına karşın "tam aşıllık" oranısı hastalığın kontrol altına alınabilmesi için gereken (en az %75) değerinin altındadır.

Anahtar Sözcükler: BCG Prevalansı, Genç Erişkin Erkek

SUMMARY

Objective: This cross-sectional study has been designed to determine BCG vaccination level among young adult men and to examine the relationship of BCG vaccination level to some sociodemographic characteristics.

Material-Method: The study was performed on young adult men on their military duty in a military unit using a questionnaire followed by inspecting for BCG vaccine scar on their shoulders. Participants who has 1-2 vaccine scars was called as "incompletely immunized" and who has 3-4 vaccine scars was called as "completely immunized".

Results: Among the participants, 93.1% had at least one BCG scar and the proportion of those completely immunized (3-4 BCG scars) was found to be 21.1%.

Conclusion: We find that prevalence of "at least one BCG scar" is higher than mean of Turkey. But, proportion of "completely immunized" is smaller than 75% that is necessary for under control to disease.

Key words: BCG Prevalance, Young Adult Man

**ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**

Arş. Gör. Dr. Ahmet KILINÇER, Arş. Gör. Dr. Melek COŞKUN, Arş. Gör. Dr. Sevgi CANBAZ, Yrd. Doç. Dr. Şennur DABAK,
Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, SAMSUN

ÖZET

Amaç: Son yıllarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) sıklığı, gençlerde artış göstermektedir. Gençler, CYBH konusundaki yetersiz bilgileri nedeniyle risk altında bulunmaktadırlar. Bu çalışma, CYBH açısından risk altındaki gençlerin bu konudaki bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç-yöntem: 15 Ekim-12 Kasım 1997 tarihleri arasında Ondokuzmayıs Üniversitesi'nde rasgele örnekleme seçilen 5 fakültedeki 448 birinci sınıf öğrencisine anket formu yüz yüze uygulanmış olup, elde edilen veriler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %69.4'ü AIDS belirtilerinin, %96.0'sı bulaşma yollarının ve %91.3'ü risk gruplarının en az birisini doğru olarak bilmıştır. CYBH'dan olan sifilizi, gonoreyi ve hepatit B'yi bilme oranı daha düşüktür. CYBH'dan korunmada etkili yöntem olarak kondomu erkeklerin %39.5'i, kızların ise %24.0'ü doğru olarak bilirken; erkeklerin %21.9'u doğum kontrol hapının, kızların %18.8'i de RiA'nın CYBH'dan korunmada etkili olduğu şeklinde yanlış bilgiye sahiptir. Cinsel bilgilerini öğrencilerin %55.6'sı arkadaş çevresinden, %44.4'ü basından öğrendiğini belirtmiştir.

Sonuç: Sonuçlar, CYBH'nin belirtileri, bulaşma yolları ve risk grupları hakkındaki bilgilerinin yetersiz bulunması nedeniyle, bu konuda gençlere orta öğretimin den itibaren eğitim verilmesinin yararlı olacağını düşündürmektedir.

SUMMARY**THE KNOWLEDGE LEVELS OF STUDENTS ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES
IN ONDOKUZMAYIS UNIVERSITY**

Purpose: Recently, prevalence of sexually transmitted diseases (STDs) in young people has been increasing. Young people are at increased risk for STDs because of lack of knowledge about these diseases. The aim of this study was to determine the knowledge levels of young people about STDs.

Material-Method: A questionnaire was applied to 448 randomly selected first year students of five different faculties of Ondokuzmayıs University face to face from October 15th to November 12th in 1997 and results were evaluated by using chi-square test.

Results: Of the students, 69.4%, 96.0% and 91.3% knew at least one of the symptoms of AIDS, transmission ways and risk groups, respectively. The number of the students who knew the other STDs like syphilis, gonorrhoea and Hepatitis B was lesser. While 39.5% of boys and 24% of girls knew that condom using is an effective way of preventing STDs, as effective ways of preventing STDs 21.9% of boys pronounced oral contraceptives and 18.8% of girls intrauterin devices. Of the students, 55.6% had learned sexual knowledge from their friends and 44.4% from magazines and newspapers.

Conclusion: For their knowledge about the symptoms, transmission ways and risk groups of STDs is not enough, it's thought that education on this subject should be given to young people beginning from secondary school.

GÜNEY İLLERİNDE BRUCELLA İNCELEMESİ

Yıldız ÜNER¹, Nazan EKİZ², Ayşe POSTALLI³, Seviye KARTAL⁴Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi İSGÜM, Adana Laboratuvarı
¹Baş İş Müfettişi, ²Biyolog, ³Yüksek Kimyager, ⁴Hemşire

ÖZET

Brucella olarak adlandırılan bakteri türlerinden biriyle karşılaştıktan 3-4 hafta sonra sinsi veya akut başlangıç gösterebilen ve genellikle kronik biçimde seyreden Brusellosis: Malta Humması, Dalgalı Humma. ve Akdeniz Ateşi isimleriyle tanınan ve sığır, inek, koyun, keçi gibi hayvanlardan insanlara bulaşan bir meslek hastalığıdır.

Bu çalışmada amaç Brucella hastalığına muhtemelen maruziyetin söz konusu olabileceği düşünülen süt ve süt ürünleri imal eden işyerlerinde çalışan işçiler ve kesimhanelerinde hayvan kanı ve dışkısı ile direkt temas halinde olan işçilerin Brucelladan etkilenip etkilenmediklerini belirlemektir.

Bu nedenle, Adana, Mersin, Osmaniye illeri ile Kadirli, Kozan ve Tarsus'da faaliyet gösteren 13 süt ve süt ürünü imal eden işyerinde çalışan 99 işçi ile kesimhane olarak faaliyet gösteren 8 işyerinde çalışan 133 işçi olmak üzere toplam 21 işyeri ve 232 işçi Brucella yönünden taramadan geçirilmiştir.

232 işçiden alınan kan numunelerine kalitatif yöntemle (Slide Agglütinasyon) Brucella Rose Bengal testi uygulanmış ve test 38'i kesici ve yüzücü olmak üzere 41 işçide müsbet (+) sonuç vermiştir.

Süt ve süt ürünleri imal eden 13 işyerinde çalışan 99 işçide negatif (-) sonuç vermiştir. Çalışma genişletilerek devam etmektedir.

SUMMARY

BRUCELOSIS SURVEY IN THE SOUTHERN PROVINCES OF TURKEY

Yıldız ÜNER¹, Nazan EKİZ², Ayşe POSTALLI³, Seviye KARTAL⁴The Ministry Of Social Security And Employment, Occupational Safety and Health Center, Adana Laboratory
¹Head Inspector, ²Biologist, ³Chemist, ⁴Nurse

The disease which develops either in insidious or acute manner 3-4 weeks after infection with one of the bacteria called Brucella is also known as Mediterranean Fever, Malta Fever, an occupational disease transmitted to human beings from animals like cattle, sheep, goat.

The purpose of this study is to monitor and find out Brucella-infected workers employed in the manufacture of dairy products and slaughterhouses where exposure to Brucella is more likely due to direct contacts with animal blood and excrement.

In provinces of Adana, Mersin and Osmaniye and towns of Kadirli, Kozan and Tarsus, 99 workers from 13 manufacturers of dairy products and 133 workers from 8 slaughterhouses have been monitored for Brucella disease. Blood samples taken from all 232 workers have been tested qualitatively with "Brucella Rose Bengal Test" (agglutination reaction) and this test proved positive results for 41 workers from slaughterhouses. The same test gave negative (-) results for 99 workers employed in the manufacture of dairy products.

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
AIDS İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ**

Sos. Hizm. Uzm. Şükran SEVİMLİ¹, Prof. Dr. Muhsin AKBABA², Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN³, Cemal ÇİÇEK⁴, Eylem IŞIK⁵

Cukurova Üniv., Tıp Fakültesi, ¹Sosyal Hizmet Uzmanı, ²Halk Sağlığı ABD, ³Öğrencileri.

ÖZET

Amaç: ÇÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin AIDS hakkındaki bilgileri ve önlem hakkındaki düşüncelerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Metod: 1995-1996 yılları arasında eğitim ve öğrenim görmekte olan 1. sınıftan 341 öğrenci ve 6. sınıftan 246 öğrenci olmak üzere toplam 500 öğrenci katılmıştır. Anketler SPSS paket programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: i) 1. sınıf öğrencilerinden %86.2 ve 6. sınıf öğrencilerinden %66.0'ı AIDS hakkındaki ilk bilgileri gazeteden öğrencilerini belirtmişlerdir. ii) 1. sınıf öğrencilerinden %69.9'u AIDS immünolojik bir hastalık olduğunu belirtmiştir. iii) 1. sınıf öğrencilerinden %51.8'i ve 6. sınıf öğrencilerinden %83.3'ü AIDS'in Türkiye için ciddi bir sağlık problemi olduğunu belirtmişlerdir. iv) 1. sınıf öğrencilerinin %74.4'ü, 6. sınıf öğrencilerinin %83.8'i 13-20 yaş arasındaki gençlerin AIDS ve HIV enfeksiyonu hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmektedirler. v) 1. sınıf öğrencilerinin %57.7 si dünyada uygulanan kanunlarının Türkiye'de de uygulanması gerektiğini düşünürken, 6. sınıf öğrencilerinin %55.6'sı AIDS'le ilgili dünyada uygulanan kuralların Türkiye de uygulanmasını gerekli olduğu düşüncesini paylaşmamaktadırlar. vi) 1. sınıf öğrencilerinden %45.9'u HIV enfeksiyonu taşıyan kişilerle arkadaşlık yapabileceklerini belirtirken, 6. sınıf öğrencilerinden %46.1'i HIV enfeksiyonu taşıyan kişilerle arkadaş olamayacaklarını belirttiler. vii) 1. sınıf öğrencilerinin %51.6'sı AIDS'li hastalarla aynı ortamda çalışabileceklerini belirtirken, 6. sınıf öğrencilerinin %43. 6'sı AIDS'li hastalarla aynı ortamda çalışamayacaklarını belirttiler. viii) 1. sınıf öğrencilerinin %78.0'ı, 6. sınıf öğrencilerinin %86.7'si AIDS'li hastaların toplumdan izole edilmesinin bir yararının olmadığı düşünmektedirler. ix) 1. sınıf öğrencilerinin %80.4'ü, 6. sınıf öğrencilerinin %53.1'i AIDS'li hastaların depresyon ve anksiyete içinde olacaklarını belirttiler. x) 1. sınıf öğrencilerini %65.4'ü ve 6. sınıf öğrencilerinin %78.8'i toplumdaki sosyal davranışların değişikliğine ilişkin çalışmalar yapılması gerektiğini belirttiler. xi) 1. sınıf öğrencilerinin %89.8'i ve 6. sınıf öğrencilerinin %80.5'i toplumda yaygın olarak Elisa testi yapılması gerektiğini düşünmektedirler.

Sonuç: Araştırmamızın sonucunda Tıp Fakültesi öğrencilerinin AIDS-HIV enfeksiyonu ile ilgili biyolojik ve psikososyal yönü hakkında daha fazla bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

SUMMARY

**LEVEL OF KNOWLEDGE ON AIDS OF STUDENTS
OF THE MEDICAL FACULTY OF ÇUKUROVA UNIVERSITY**

Objective: Evaluation of knowledge of medical students about AIDS and their ideas for how to stop the spreadings of the disease.

Methods: 500 polls are given to Çukurova University at 1995-1996 Medical Faculty students from 1st and 6th classes from 341 students of 1st class, 246 students (74.5%) and from 241 students of 6th class, 241 students (100.0%) participated to our search. These polls which answered by students by SPSS packet program.

Findings: From participants i) 86.2% of 1st class and 66.0% of 6th class students have got the first knowledge from newspaper ii) 69.9% of 1st class have said AIDS is an Immunological disease, 51.1% of 6th class participants have said AIDS is an infectious disease. iii) 51.8% of 1st class students and 83.3% of 6th class students of the medical faculty have stated AIDS as a serious health problems for Turkey. iv) 74.4% of 1st class students, 83.8% of 6th class students have thought that at 13-20 ages people should be informed about AIDS and HIV infection, v) 57.7% of 1st class students have agreed that the legal regulations at world must be applied in Turkey as well but 55.6% of 6th class students have not agreed that the legal regulations at world should be applied in Turkey. vi) 45.9% of 1st class students have stated that they could be friends with HIV infected people, 46.1% of 6th class students have stated that they could not be friends with HIV infected people. vii) 51.6% of 1st class students have stated that they could work at the same place with AIDS patients and 43.6% of 6th class students have stated that they could not work at the same place with AIDS patients. viii) 78.0% of 1st class students 86.7% of 6th class students have stated that isolating AIDS patients could not solve the problems. ix) 80.4% of 1st class students 53.5% of 6th class students have stated that AIDS patients would be aggressive, they would hide away from social life and they would be in depression and anxiety. x) 65.4% of 1st class students and 78.8% of 6th class students have stated that studies should be done to change the social behaviours. xi) 89.8% of 1st class students, 80.5% of 6th class students have shared the idea of making tests to all people at the society.

Conclusions: Our search came to a conclusion that medical students should be informed more about biological and psychosocial topics of AIDS.

İZMİR'DE SEL VE LEPTOSPIROZİS

Dr. Şefika MUTLU*, Dr. Hülya TÜFEKÇİ, Doç. Dr. Caner FİDANER
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

İzmir'de, 4 Kasım 1995'de yaşanan sel felaketi sırasında binlerce kişi etkilenmiş, 63 kişi ölmüştür. Felaketin hemen sonrasında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nün Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Şubesi tarafından bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik bir plan hazırlanmıştır. Bu planda leptospirozis de toplumu tehdit eden hastalıklar arasında sayılmıştır.

Hazırlanan plana göre, bulaşıcı hastalıklar konusunda uzman hekimlerden oluşan bir danışma kurulu oluşturulmuş ve bu kurulun önerileri doğrultusunda leptospirozis kuşkulu kişilere yönelik olgu yönetimi çalışmalarına başlanılmıştır. Kirli su ve çamurlara maruz kalmış kişilere kemoproflaksi uygulanmış, erken tanı ve tedavi amacıyla kan örnekleri toplanmıştır. Bu çalışmaların sonucunda 10 yeni leptospirozis olgusu (7 erkek ve 3 kadın) saptanmış, bu olgulardan ikisi ölmüştür.

SUMMARY

Thousands of people were effected and 63 of them were died by suffocation during the flood disaster occurred on 1995, 4th in İzmir. Just after the disaster, a plan for controlling commiunicable diseases has been prepared by Control of Commiunicable Disease Department of İzmir Provincial Health Directorate. In that plan, leptospirosis has been determined as one of the diseases theathining the community.

According to plan prepared, an advisory committee included competent physicians on commiunicable diseases has been formed and according the recommendations of that committee, the activities for managing the leptospirosis-suspected cases began. Chemoproflaxis has been applied to the people exposed to dirty water and mud. Also, blood samples has been collected to perform early detection and treatment. After those studies, 10 new cases of leptospirosis have been determined (7 male 3 female) and two of them died.

**ADANA İLİ BULAŞICI ve PARAZİTER HASTALIKLAR BİLDİRİM EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA,
DEĞERLENDİRME ve İŞBİRLİĞİ PROGRAMI (EPARIP) SONUÇLARI**

Bil. Uzm. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ¹, Dr. Talat BAHÇEBAŞI¹, Uzm. Dr. M. Rifat KÖSE², Prof. Dr. Muhsin AKBABA³,
Dr. Saadet YENER¹

Adana İl Sağlık Müdürlüğü¹
Sağlık Bakanlığı²
ÇÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı³

ÖZET

Adana ili coğrafik, iklimsel yapısı yanısıra tarım, sanayi ve ticaret merkezi olması; süratli göç alması, demografik yapısı ve yetersiz alt yapısı nedeniyle bulaşıcı ve paraziter hastalıklar bakımından ülkemizin diğer illerine göre özel bir yere ve öneme sahiptir.

Bulaşıcı ve paraziter hastalıklarla mücadele için olguların sağlıklı bir şekilde tespit edilip eide edilecek sayısal ölçütler çerçevesinde gerekli önlemleri almak gerekmektedir. Adana ilinde 1992 yılına kadar bulaşıcı ve paraziter hastalıklar açısından hem bildirim hemde değerlendirme konusunda yetersizlikler söz konusu idi. Bu açığı gidermek, bulaşıcı ve paraziter hastalıklarla mücadele konusunda gereken hizmeti sunabilmek için 1992 yılında Adana İli Bulaşıcı ve Paraziter Hastalıklar Bildirim Epidemiyolojik Araştırma ve Değerlendirme İşbirliği Programı düzenlendi (EPARIP).

Adana ilinde tüm sağlık kurumları ve kişilerle bildirim zorunlu hastalıkları Sağlık Müdürlüğünde oluşturulan bildirim, kayıt ve Epidemiyolojik Değerlendirme Merkezine bildirmeleri konusunda işbirliği sağlandı. Bildirim yapmak zorunda olan yataklı tedavi kurumları kendi bünyelerinde bildirim birimi oluşturmuşlardı. Bildirim birimlerinden ve özel laboratuvar, özel hastaneler, özel hekimler, kurum tabiplikleri, Hıfızissıhha Enstitüsü, diğer sağlık kurum ve kişilerinden bildirim toplama işlemi bildirim kayıt ve epidemiyolojik değerlendirme merkezi elemanları tarafından aktif olarak gerçekleştirilmiştir. Bu elemanlar özel eğitimden geçirilmiştir.

Bildirim Kayıt ve Epidemiyolojik Değerlendirme Merkezine ulaşan bildirimler bilgisayarda Epi-Info programında geliştirilen özele programa kaydedilerek en kısa yoldan epidemiyolojik araştırma yapan kurumlara bildirilmiştir. Bildirimi alan kurum olguların adresinde hekim başkanlığındaki ekip tarafından epidemiyolojik araştırmanın yapılmasını sağlamış ve gerekli önlemlerin alınması için ilgili birimler uyarılmıştır. Epidemiyolojik çalışmaların sonucu bildirim, kayıt ve Epidemiyolojik Değerlendirme Merkezine özele geliştirilmiş epidemiyolojik araştırma formları ile bildirilmiştir.

Bulaşıcı hastalıkların bildirimini 1991 yılında 22.611, 1992'de 22.311, 1993'de 35.857, 1994'de 38.703, 1995'de 37.143 ve 1996'da 38.317 olgu şeklinde olmuştur. Paraziter hastalıkların bildirimini ise 1991'de 15.140, 1992'de 17.002, 1993'de 25.743, 1994'de 36.230, 1995'de 28.050, 1996'da 26.443 olgu olmuştur.

Sonuç olarak; EPARIP merkezinin kurulması ile olguların bildirim sayısı yıllara göre giderek düzenli olarak artış göstermiştir. Olguların yoğun olduğu bölgeler tespit edilmiş ve gerekli koruyucu önlemlerin alınabilmesi için sektörler arası işbirliğine gidilmiştir.

Adana ili için sorun olarak gözlenen kızamık, difteri, amebiyazis, leishmania, trahom gibi hastalıklara öncelikli olarak müdahale edilmiş sonucunda bu hastalıkların görülme sıklığı; yaşa özel dağılımları gibi epidemiyolojik ölçütlerde önemli değişimler gerçekleşmiştir.

SUMMARY

**THE REPORT OF EPIDEMIOLOGICALLY RESEARCH, ANALYSIS AND COOPERATION PROGRAM
FOR CONTAGIOUS AND PARASITIC DISEASES (EPARIP) IN ADANA PROVINCE**

Hakan DEMİRHİNDİ MD PhD¹, Talat BAHÇEBAŞI MD¹, M. Rifat KÖSE MD², Professor Muhsin AKBABA MD³,
Saadet YENER, MD¹

¹Adana Provincial Health Directorate

²Health Ministry, Ankara

³Çukurova University, Medical Faculty, Public Health Department, Adana

Adana province, compared to other provinces of Turkey, has a special and important place for contagious and parasitic diseases, because of its geographic structure, climate, the fact of being an agriculture, industry and trade center, receiving an important amount of immigration, its demographic status and insufficient sub-structure.

In order to defeat contagious and parasitic diseases, it is necessary to properly determine the cases and the preventive measures to be taken in quantitative bases. A lack of both reporting and analysis has been observed in Adana Province until 1992. Hence, the EPARIP has been organized in 1992 in Adana Province.

"A reporting, recording and epidemiologically analysis center (RREAC)", established in Adana Provincial Health Directorate, coordinated all health establishments and health personnel about reporting of the cases. The hospitals, obliged to report the cases, established their own reporting units. The data collection was actively performed by specifically educated staff of the RREAC, applying to reporting units, private laboratories, private hospitals, private physicians, institutional medical offices, Hygiene institute, other health institutions or staff.

Reports arriving to RREAC have been recorded in a special Epi-Info (a computer program by W. H. O.) computer program and re-reported to institutions performing epidemiological research at the address of the cases, with the help of a team conducted by a physician and taking necessary measures. The results of the epidemiological researches have been re-sent to RREAC with specifically designed questionnaire forms.

A total of 22.611, 22.311, 35.857, 38.703, 37.143, 38.317 disease was reported in 1991, 1992, 1993, 1994, 1995 and 1996, respectively, while a total of 15.140, 17.002, 25.743, 36.230, 28.050, 26.443 cases of parasitic diseases was reported in 1991, 1992, 1993, 1994, 1995 and 1996, respectively.

As a result of EPARIP, the cases reported have been progressively increased in number according to the years. The locations with high frequency of cases have been determined and preventive measures have been taken with inter-sectoral cooperation.

The diseases of high importance for Adana Province, such as measles, diphtheria, amebiasis, leishmaniasis, trachoma have been intervened with priority and the epidemiological characteristics of these diseases, such as observation frequencies, age distributions have been improved.

P7

**KRONİK
HASTALIKLAR**

**ANTALYA KENT MERKEZİNDE SAĞLIK OCAKLARINA BAŞVURAN
40 YAŞ ÜZERİ KİŞİLERDE HİPERTANSİYON DURUMU**

Dr. Nilay BAHARLI, Doç. Dr. Mehmet R. AKTEKİN, Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Araştırmanın amacı: Hipertansiyon tanısı için kaçırılmış fırsatları değerlendirmektir.

Gereç-yöntem: Araştırma Antalya kent merkezindeki 10 sağlık ocağına başvuran 40 yaş üzeri, kadın ve erkek 548 kişide yapılmıştır. Katılımcılara bir anket uygulanmasının ardından 1. ve 5. dakikalarda olmak üzere iki kez kan basıncı ölçümü yapılmıştır. Analizlerde kan basıncı değeri olarak ölçülen iki değer in ortalaması alınmıştır. Hipertansiyon durumu Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği kriterlere göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %26.8'inde kan basıncı yüksek, %14.8'inde ise sınırdaki bulundu. Daha önce hiç kan basıncını ölçtürmemiş veya önceden ölçtürmüş ancak normal bulunmuş olan 228 kişisini 49'unda (%21.5) kan basıncı yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Toplumun yaklaşık %20'sini etkileyen hipertansiyonun kontrolü birinci basamak içinde başarılabilir. Sağlık ocağına başvuran 40 yaş üzerindeki kişilerde rutin olarak kan basıncı ölçümü yapılarak hipertansiyonun erken tanısı sağlanmalıdır.

SUMMARY**HYPERTENSION AMONG SERVICE USERS
OVER 40 YEARS OLD OF HEALTH UNITS IN ANTALYA CITY CENTER**

Objective: To evaluate for missed opportunities of hypertension diagnosis.

Material-Method: The study was carried out on 548 men and women older than forty years who consulted to primary health units in urban area of Antalya. A questionnaire was administered to participants and then blood pressure were measured. The measurements of blood pressure were two times and it was accepted the mean of these values. Blood pressure was measured for two times and the mean was accepted as the patient value. Hypertension status was decided using the World Health Organization criteria.

Findings: The blood pressure of the participants were high in 26.8% and were borderline in 14.8%. The blood pressure was high in 49 (21.5%) of 228 participants whose blood pressure either was never measured or was normal.

Conclusion: The control of hypertension, that influences about 20% of the population, is very important in primary health services and is possible to achieve. The early diagnosis should be made by measuring every elderly person who uses the services of primary health units for any purpose.

**AÜTF İBİNİ SİNA HASTANESİ BEHÇET MERKEZİNE 1986-1997 YILLARI ARASINDA BAŞVURAN
2175 OLGUNUN CİNSE GÖRE İLK SEMPTOM BAŞLAMA YAŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Prof. Dr. Aysel GÜRLER*, Uzm. Dr. Ayşe BOYVAT*, Doç. Dr. Aysun İDİL**, Uzm. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

*AÜTF Dermatoloji AD-Behçet Merkezi
**AÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Behçet hastalığı nedeni belli olmayan sistemik bir hastalıktır. Bu çalışmada Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Behçet Merkezi'ne 1986-1997 yılları arasında başvuran 2175 değerlendirilmiştir. Cinsiyetle ilk semptom başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle Behçet Hastalığı'nda cinsiyete bağlı faktörlerle ilgili çalışma başlatılmıştır.

SUMMARY

Behcet's Disease is a systemic disease with unknown etiology. This study was carried out on 2175 Behcet patients that followed up between 1986 and 1997 at Behcet Center of İbni Sina Hospital of Ankara University. The relationship between sex and age at onset of first symptom was found to be statistically significant. We have started further extensive sex related factors studies on Behcet's Disease.

**TRABZON VE ÇEVRESİNDE 1986-1995 YILLARI ARASINDAKİ
KANSER OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gamze ÇAN*, Yavuz ÖZORAN**, Fazıl AYDIN***, Elif ALEMDAĞ****

*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD,

**Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji ABD,

***Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Medikal Onkoloji Birimi,

****Tıp Fakültesi Öğrencileri Bilimsel Araştırma Kolu, Onkoloji Grubu, Trabzon.

ÖZET

Bu çalışma, Trabzon ve çevresinde 1986-1995 yılları arasında en sık görülen kanser türlerinin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin tartışılması amacıyla 1996 yılı içinde Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Trabzon Şubesi'nin yardımlarıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Trabzon İl merkezi ve büyük ilçe merkezlerindeki patoloji laboratuvarlarının kayıtları esas alınmış, malign melanom dışı deri kanserleri, çocukluk çağı kanserleri ve sitolojik tanımlar değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Toplam 7046 kişinin kaydı histopatolojik tanılarına göre sınıflandırılmıştır. Bölgemizde sırasıyla erkeklerde mide, akciğer, mesane-böbrek, prostat ve kolo-rektal kanserlerin, kadınlarda ise sırasıyla meme, mide, kolo-rektal, over ve mesane-böbrek kanserlerinin ilk beş sırayı aldığı tespit edilmiştir.

Dünya ve Türkiye'de en sık görülen kanserlerle kıyaslandığında Trabzon ve yöresinde mide kanserinin önemli bir sorun olduğu ve mide kanseri için önlenebilir risk faktörleri olarak sayılabilecek tuzlanmış ve tütülenmiş yiyecekler gibi beslenmeye ait faktörlerin bölgemizde çok yaygın olduğu belirlenmiştir.

SUMMARY

The aims of this descriptive type of study, which was supported by Health Authority of Trabzon and The Trabzon Office of Turkish Association for Cancer Research and Control, were to reveal the most common cancer site in men and women from 1986 to 1995 in Trabzon and its surroundings, and to discuss the risk factors.

Data were obtained from the records of pathology laboratories in the province center and some districts of Trabzon. Skin cancers except malignant melanoma, cytological diagnosis and malignant neoplasm of childhood were excluded.

Totally 7046 records were classified according to histopathological diagnosis. The most common cancers were stomach, lung, bladder-kidney, prostate and colon-rectum among men; breast, stomach, colon-rectum, ovary and bladder-kidney among women respectively.

Our results showed that stomach cancer was of great importance in our region in comparison with the world's and Turkey's results. Intake of salted, starchy and smoked foods, which are preventable risk factors for stomach cancer, were common in our region.

**THALASSEMIA MAJORLU ÇOCUĞU OLAN AİLELERİN
DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN İNCELENMESİ**

Yard. Doç. Dr. Selmin ŞENOL SEZGİN*, Prof. Dr. Zeynep CONK**

*Celal Bayar Ün. SYO

**Ege Ün. HYO

ÖZET

Bu araştırma, Thalassemia Major (TM)'lu çocuğu olan ailelerin bu hastalık sürecinden kaynaklanan olumsuz etkilenimlerini belirlemek ve buna yönelik destek gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Haziran 1995-Nisan 1996 tarihleri arasında, İzmir Metropolü içinde Ege Üniversitesi Araştırma Uygulama hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Tepecik Eğitim Hastanesi ve Doktor Behçet UZ Çocuk Hastaneleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Sağlıklı Çocuk polikliniklerinde yapılmıştır.

Bu hastanelerde TM'lu çocuğun tedavisini sürdüren 94 aile ve kontrol grubunu oluşturan sağlıklı çocuğa sahip 84 aile ile yüzyüze görüşülmüştür. Elde edilen veriler bilgisayarda Epi-Info 5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, sağlıklı çocuğa sahip anneler çocuklarını mutlu bir geleceğin beklediğini düşünürken, TM'lu çocuğa sahip annelerin bu konuda umutsuzluk ve depresyona yatkın oldukları saptanmıştır.

TM'lu çocuğa sahip annelerin umutsuzluk düzeyleri kontrol grubunda bulunan sağlıklı çocuğa sahip annelerin umutsuzluk düzeylerinden yüksek bulunmuştur (p

**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI KLİNİĞİNDE
İSKEMİK KALP HASTALIĞI NEDENİYLE YATAN HASTALARIN RİSK FAKTÖRLERİYLE İLİŞKİSİ**

Uz. Dr. Günay CAN, Uz. Dr. Ümit ŞAHİN, Dr. Sadık TOPRAK, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Kardiyovasküler sistem hastalıkları günümüzde, en fazla ölüme neden olan hastalık grubunu oluşturmaktadırlar. Özellikle, gelişmiş ülkelerde, enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin önlenmesi, erken yaş ölümlerin engellenmesi, alt yapı sorunlarının çözülmesi, sosyal ve hijyenik koşulların düzelmesi sonucu kardiyovasküler sistem hastalıkları daha fazla önem kazandırmıştır.

Bu çalışmada 1993 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinde yatan İKH nedeniyle yatan hastalarda risk faktörleriyle hastalıkların ilişkisinin saptanmasıdır.

Araştırmanın evrenini 1993 yılı içerisinde Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinde yatan İKH'lı hastalar oluşturmaktaydı. Tanımlayıcı epidemiyolojik tipte olan çalışmada, genel tanımlayıcı bulguların yanında çeşitli parametreler hastalık şekline, cinsiyete ve yaş gruplarına göre aralarındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

Hastaların 142'si erkek, 66'sı kadındı. Hastaların 91'i stable angina, 32 unstable angina ve 88'i Myokard enfaktüsü nedeniyle hospitalize edilmişlerdir. İKH'lı hastaların sadece %6.2'sinde herhangi bir risk faktörü saptanamamıştır. Sadece 1 risk faktörü olanlar %23.2, 2 risk faktörü olanlar 22.3, 3 risk faktörü olanlar %26.1 ve 4 ve daha fazla risk faktörü olanlar ise %22.3 olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda literatür bilgileriyle uyumludur. Koroner kalp hastalıkları risk faktörlerinden en önemlilerinden olan sigara içimine karşı programların geliştirilmesi bu hastalıkların prevalansını olumlu etkileyecektir.

Ayrıca hipertansiyon saptanan ve diabeti olan olguların da yakından izlenerek zamanında ve gerektiği şekilde tedavilerinin planması da İKH oluşumunu azaltıcı faktörler olarak sıralanabilir.

SUMMARY

Recently, cardiovascular diseases are the most fatal diseases. Especially in the developed countries, cardiovascular diseases are more important, because of the prevention of the mortality of infectious diseases, dissolving of substructure problems, prevention of the deaths of early age and improving of hygienic conditions.

The aim of this study is to determine of correlation between risk factors and disease for the patients were hospitalised in the cardiology clinics of Cerrahpaşa Medical Faculty in 1993.

Study was descriptive and general descriptive findings and other various parameters were determined according to sex and age groups.

142 of cases were male, 66 of them were female. 91 of patients were hospitalised with stable angina, 32 with unstable angina and 88 with myocardial infarction. Only in 6.2% of cases, no risk factor was found. 23.2% of patients had 1 risk factor, 22.3% had 2, 26.1% had 3 and 22.3% had 4 or more.

Our results are harmonious with literature. Reducing of smoking that is one of the most important risk factors, will affect the prevalence of these diseases positively. Following of the patients with diabetes mellitus and hypertension is also important.

**YOZGAT'IN SORGUN İLÇESİ KAMU PERSONELİNİN
KORONER KALP HASTALIĞI RİSK FAKTÖRLERİ PROFİLLERİ**

Uzm. Dyt. Aynur ÇOBAN*, Prof. Dr. Gülgün ERSOY***

*Etişesgut Dev. Hst. Diyetisyeni, **HÜ Bes. ve Diy. Böl. Öğr. Üyesi.

ÖZET

Yozgat ilinin Sorgun İlçesi'nde çalışan kamu personelinin koroner kalp hastalığı (KKH) risk faktörleri profillerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, örnekleme 252 erkek, 248 kadın katılımcı oluşturmuştur.

Katılımcıların kişisel özellikleri, antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümleri, bel/kalça oranları, BKİ), KKH risk faktörleri (yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, kalıtım-ale hikayesi, kişilik tipi, spor yapma durumu, sigara alışkanlığı) beslenme alışkanlıkları, KKH risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve besin tüketim sıklıkları incelenmiştir.

Araştırma sonunda katılımcıların çoğunun (%79.80) KKH yönünden risk altında bulunduğu, diyetle tükettikleri yağ oranı ve egzersiz alışkanlıklarının da istenen düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalıkları önleme/tedavi için küçük yaşlardan itibaren kişilerin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite yapmaları için eğitilmeleri önerilmiştir.

SUMMARY

The objective of the study was to determine the effects of nutritional factors on coronary heart diseases in adults.

A total of 500 healthy adults, 252 males and 248 females were selected randomly in the study. Some characteristics, anthropometric measurements (body weight, height, body mass index, waist to hip ratio), health status, personality type, sporting and smoking habits and food consumption frequencies were determined.

The result revealed that increase in body weights and body mass indexes were observed with the increase in age. 79.80% of the subjects were under the risk of coronary heart diseases.

**ESKİŞEHİR İLİNDE HEMODİALİZ TEDAVİSİNDEKİ HASTALARIN
HEMODİALİZ ve BÖBREK AKTARIMINA YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yrd. Doç. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU*, Yrd. Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU**, Yrd. Doç. Dr. Alaettin ÜNSAL***, Uz. Dr. Hayati YAVUZ****,
Dr. Nihan ZUBAROĞLU*****

Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
*Aile Hekimliği,
**Deontoloji,
***Halk Sağlığı Anabilim Dalı
****Eskişehir Devlet Hastanesi,
*****Eskişehir SSK Hastanesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Eskişehir ilinde hemodializ tedavisi görmekte olan hastaların, hemodializ ve böbrek aktarımına bakış açılarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Gereç-yöntem: Çalışmada, Mart 1997-Mayıs 1997 tarihleri arasında Eskişehir il merkezinde hemodializ ünitesi bulunan, biri özel olmak üzere, 4 Sağlık kuruluşunda hemodialize giren 172 hasta ile yüz yüze görüşülerek anket formu doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastalar 15-75 yaşları arasında olup, 85'i (%49.4) kadın, 87'si (%50.6) erkektir. Hastaların 33'ü (%19.2) okur yazar değil, 8'i (%4.7) okur yazar, 92'si (%53.5) ilköğretim, 28'i (%16.3) orta öğretim, 11'i (6.4) yüksek öğretim mezunu idi. Hastaların 148'i (%86.0) halen herhangi bir işte çalışmamaktadır. 4'ünün (%2.3) herhangi bir sosyal güvencesi yokken diğer hastaların değişik kuruluşlardan sosyal güvenceleri mevcuttur.

Hemodializ tedavisindeki hastalarda günlük yaşamın etkilenmesi açısından cinsiyet açısından fark bulunamadı (x²:0.388, p>0.05). Hemodializ veya aktarım tercihinde kadın ve erkekler arasında fark bulunamadı (x²:4.255, p>0.05). Hemodialize girme sıklığı ile hemodializ veya aktarım tercihi arasındaki fark saptanmadı (x²:4.685, p>0.05). 55 yaş altı hastalar organ aktarımını tercih ederken, 55 ve üzeri yaş grubundakiler hemodializi tercih etmektedirler (x²:18.12, p<0.001). Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olanlar, olmayanlara göre anlamlı derecede fazla aktarımı tercih etmektedirler (x²:7.197, p<0.001). Öğrenim düzeyi arttıkça, aktarımda böbreğin nasıl sağlanacağı hakkında bilgiler artmaktadır (x²:22.761, p<0.001).

SUMMARY

**EVALUTION OF THE APPROACHES OF PATIENTS UNDER HAEMODIALYSIS THE RAPHY IN ESKİŞEHİR
TO HAEMODIALYSIS AND KIDNEY TRANSPLANT**

Objective: This study was planned to evaluate the insights of patients under haemodialysis in Eskişehir into haemodialysis and kidney transplant.

Material-Method: In the study, having interviewed 172 patients provided haemodialysis therapy in four medical institutions with haemodialysis units, one of which being a private one, in Eskişehir, questionnaires were filled by patients, March-May 1997.

Findings: Of the patients, being 15-75 years old, in our study, 85 (49.4%) were women and 87 (50.6%) men, 33 (19.2%) illiterate, 8 (4.3%), literate, 92 (53.5%) having had elementary education 28 (16.3%) secondary education and 11 (6.4%) higher education. Of the patients, 148 (86.0%) being unemployed, apart from 4 (2.3%), the rest benefit from social security in various establishments.

No difference was observed between sexes regarding with the influence of haemodialysis therapy on daily life. (x²:0.388, p>0.05). There was no difference between women and men who underwent haemodialysis or preferred transplant operation (x²:4.255, p>0.059). No difference was observed between the frequency of undergoing haemodialysis and that of haemodialysis or transplantation preference (x²:4.685, p>0.05).

Conclusion: While patients below 55 preferred transplantation, those of 55 or over preferred haemodialysis (x²:18.12, p<0.001). Those having adequate knowledge about the disorders they were suffering had preferences for transplantation. More significantly than those not having (x²:7.194, p<0.001). As the level of education increases, so does the knowledge about how to provide kidneys for transplants (x²:22.761, p<0.001).

**TİROİDEKTOMİ GEÇİRMİŞ HASTALARIN
TSH DEĞERLERİNİN TAKİP GEREKLİLİĞİ**

Uz. Dr. Ayşegül Yıldırım*, Uz. Dr. Yılmaz User**, Dr. Efe Onganer*, Dr. Kemal Erkal*, Doç. Dr. Yıldırım Çınar*

*Haydarpaşa Numune Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

**Haydarpaşa Numune Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Amaç: Tiroidektomi geçirmiş hastaların TSH değerleri takip edilerek, TSH supresyonu gerekliliğini araştırmak üzere bir çalışma planlandı.

Gereç-Yöntem: 1995-96 yılları arasında ki 1 yıllık sürede Haydarpaşa Numune Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği'ne başvuran ve multinodüler guatr tanısı nedeniyle Bilateral Subtotal Tiroidektomi (BSTT) endikasyonu konan 55 hastadan rasgele seçilen ve rızası alınan 23 tanesine erken dönemde levotiron 1x1 başlandı. Kalan 32 hasta rızası alınarak 3 aylık aralarla 1 yıl boyunca T3, T4, TSH hormon seviyeleri takibine maruz tutuldu.

Bulgular: Ameliyat sonrası tiroid ekstresi alan ve almayan gruplar arasında T3, T4, TSH hormonu değerleri açısından anlamlı fark bulunamadı. Her iki grubun bulguları Fisher'in kesin ki-kare testi ile incelendi ve fark anlamsız bulundu ($p>0.05$). Student's T testi her iki gruba uygulandı ve $p>0.05$ olarak bulundu.

Sonuç: Bu bulgular sonucunda BSST geçirmiş hastalarda erken dönemde tiroid hormon ekstresi uygulanması yerine, büyük merkezlere yakın olan ve 3 aylık aralarla T3, T4, TSH hormon seviyelerine bakabildiğimiz hastalarda; daha sonra gerekli görünce hormon vermek, 9 aylık araştırma takip süresince daha anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Tiroidektomi, post-operatif izlem.

SUMMARY**THE NECESSITY OF FOLLOW-UP OF THYROID STIMULATING HORMONE
IN PATIENTS HAVING THYROIDECTOMY**

Aim: The study was planned to show the necessity of TSH suppression therapy in the post-operative follow-up of THS values.

Material-Method: 23 out of those 55 patients that had underwent bilateral subtotal thyroidectomy and attending the third General Surgery Department of Haydarpaşa Numune Hospital in a one year period between 1995-1996 with the diagnosis of multinodular goitre were chosen randomly and started on levotiron tb. once a day with regular control of the hormone levels. The remaining 32 patients were only followed by T3, T4, TSH hormone levels at three month intervals for one year after obtaining an informed consent.

Findings: There were no statistically significant differences in T3, T4 and TSH levels between the two groups. Results of both of the groups were evaluated with Fisher's chi-square test leading to no statistical significance ($p>0.05$). Student's T-test was applied as well ($p>0.05$).

Result: These results have pointed out the significance of the follow up of patients after BSTT with only hormone levels and prescribing hormone replacement only when necessary during the nine months of study.

Key words: Thyroidectomy, post-operative follow-up

P8

BESLENME

TOPLUMDA ET TÜKETİM TERCİHLERİ**Doç. Dr. Said BODUR, Dr. Fatih KARA****Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya**

Amaç: Bu çalışmada toplumun et tüketimi ile ilgili tercihi ve bu tercih ile bazı demografik özelliklerin ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Bu çalışma 1997 yılında Konya il merkezinde küme örnekleme yöntemi ile belirlenen 467 hane üzerinde yapıldı. Bilgiler yüz yüze görüşerek derlendi. Et tüketiminin değerlendirilmesinde kuzu ve dana eti 'kırmızı et', balık ve tavuk eti 'beyaz et' olarak ele alındı. Ayda 4 kez veya daha fazla beyaz et tüketimi 'yeterli' kabul edildi.

Bulgular: Et tüketiminde ilk tercihin %35.8 kırmızı et, %34.0 tavuk eti ve %24.8 balık eti olduğu ifade edildi. Araştırma popülasyonunun %43.9'unun beyaz et tüketimi yeterliydi. Beyaz et tüketim sıklığı ile ekonomik durum, meslek, öğrenim düzeyi ve çocuk sayısı arasında ilişki bulundu.

Sonuç: Toplumda beyaz et tüketimi istenilen düzeyde değildir. Beyaz et tüketim oranını artırıcı politikalar geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Et, balık, tavuk, tüketim, beyaz et

THE MEAT CONSUMPTION PREFERENCE IN POPULATION

Aim: In this study, the preference of meat consumption and its relation with some demographic characteristics was investigated. **Methods:** This study was carried out on 467 house hold selected by using cluster sample method in the city center of Konya between April and June 1997. All data were obtained by interviewing. Meat consumption was determined as fish and poultry as a called "white meat" and lamb and veal as 'red meat'. White meat consumption of four or more times per month was accepted.

Results: The preferred meat consumption among the percentages of meat, poultry and fish were found of those 35.8%, 34.0% and 24.8% respectively. 43.9% of the population has consumed sufficient white meat. The frequency of white meat consumption was found to be related to family income. There is also a significant relation between white meat consumption and the existance of a house wife, husband's job, house wife education level and number of children in the family.

Conclusion: In the population, white meat consumption is not sufficient. Therefore some programs for much more white meat consumption should be developed.

Key words: Meat, fish, poultry, consumption, white meat

**TRABZON ve ÇEVRESİNDE MİDE KANSERİ YÖNÜNDE
RİSKLİ BESLENME ALIŞKANLIKLARI**

Gamze ÇAN*, Fazıl AYDIN**, Perihan TORUN*

*KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Trabzon

**KTÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Onkoloji Birimi, Trabzon

ÖZET

Bu çalışmada, Trabzon İl Merkezi'nde yaşayan kişilerin mide kanseri yönünden risk faktörleri arasında yer alan; beslenme alışkanlıkları, alkol, çay ve sigara tüketimleri, besinleri saklama ve hazırlama şekilleri ile ilgili bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma, Eylül 1997'de Trabzon İl Merkezi'nde tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır. Basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 600 hanede bulunan 1691 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Veriler, anket tekniği ile yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Ailesinde mide kanseri bulunan kişilerin anlamlı olarak daha fazla çay (p:0.00004), tuzlu yiyecekler (p:0.03701), tükettiği; kabağ (p:0.00194), ıspanak (p:0.00029) gibi sebzeleri ise anlamlı olarak daha az tükettikleri tespit edilmiştir.

SUMMARY

The present descriptive study of diet and stomach cancer was conducted in Trabzon, in September 1997. The study group consisted of 1691 subjects. Data were obtained by both questionnaires and face to face methods.

Subjects, who have first degree relatives with gastric cancer, consumed more salted food (p:0.03701), and tea (p:0.00004); less cooked spinach (p:0.00029) and pumpkin (p:0.00194).

**SOSYAL HİZMETLER ÇOCUK ESİRGEME KURUMUNA BAĞLI
YETİŞTİRME YURTLARINDA BARINAN ADÖLESANLARIN BESLENME DURUMLARI**

Uzm. Dyt. Şirin KAYHAN ESER¹, Yrd. Doç. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN², Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ²

¹Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, KONYA

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, yetiştirme yurtlarında kalan adolesanların beslenme alışkanlıklarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç-yöntem: Araştırma, Konya Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı iki yetiştirme yurdunda Ekim 1996-Ocak 1997 tarihleri arasında 13-18 yaş grubu 105 erkek, 73 kız olmak üzere 178 adolesan üzerinde yapılmıştır. Gözlem altında anket uygulanarak beslenme alışkanlıkları, ayrıca üç günlük besin tüketim formları yardımıyla da günlük ortalama enerji ve besin öğeleri miktarları saptanmıştır.

Bulgular: Adölesanların yaş ortalaması 15±1.8'dir. Kız ve erkeklerde öğün atlama alışkanlığı vardır, %42.8'i de sabah kahvaltısını atlamaktadır. Öğün aralarında simit-bisküvi-kurabiye, kola, şeker-çikolata-gofret gibi yiyecekler yenmektedir. Adölesan kurumdaki etli sebze, kurubaklagil, zeytinyağlı sebze yemeklerini sevmemektedirler. Süt ve ürünlerinin, sebzelerin az yenmesi vitamin ve minerallerin yetersizliğinin de bir göstergesidir. Kızlarda posa, kalsiyum, riboflavin, demir, A ve C vitaminleri ve niasin alımı yetersizliği, erkeklerde de posa, A ve C vitaminleri, riboflavin ve niasin alımı yetersizliği saptanmıştır. Erkeklerde günlük alınan ortalama enerji miktarı 3186±598.2 kalori, kızlarda ise 2485.4±518.3 kaloridir.

Sonuç: Adölesanların bazı hatalı beslenme alışkanlıkları vardır. Fakat, erkeklerin beslenme durumu kızlara göre daha iyidir. Yurtta sunulan yemekler de, bazı besin öğeleri yönünden ihtiyacı tam olarak karşılayamamaktadır.

SUMMARY

**NUTRITIONAL STATUS OF THE ADOLESCENTS
WHO LIVE IN ORPHANAGES IN KONYA.**

Objective: This research has been done to ascertain nutritional status of the adolescents who live in orphanages.

Methods: The study was carried out during the period of October 1996 to January 1997 on 105 boys and 73 girls between the ages of 13 and 18 in orphanages in Konya. Their information gathered from the childrens answers to the questionnaires has helped to determine their nutritional status. Their mean daily energy and amount of nutritional elements have been ascertained from the answers to three-daily questionnaires.

Results: The mean age of the adolescents is 15±1.8 years. The boys and the girls have the habit of missing meal. 42.8% of them miss breakfast. They eat biscuit, cookies, chocolate, wafer etc. and drink coke between the meals. Adolescents don't like eating meat meals, vegetable meal with meat in it, and vegetable meals. They prefer eating meat balls, pastry and deserts which is made of milk. Consuming milk and milk products less than enough shows that they don't have enough vitamin and mineral. The girls are lack of consuming calcium, riboflavin, vitamin A, vitamin C and niasin. For the boys, they are lack of consuming vitamin A, C and niasin. Mean energy on boys is 3186±598.2 calorie, on girls 2485±518.3 calorie.

Conclusion: Almost all of the adolescents have wrong nutritional habits. But, It is ascertained that boys' nutritional status is much better than girls. The adolescents should be educated about nutrition and the meals of the orphanages should be enriched for some nutrients.

**BİR ASKERİ GARNİZONDA GÖREVLİ GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERDE
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜLERİN SAPTANMASI**

Dr. Tayfun KIR*, Dr. Esat HOŞGÖNÜL*, Dr. Metin HASDE**, Dr. Selim KILIÇ*.

*GATA Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi **GATA Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

ÖZET

Antropometri giyim standartlarının belirlenmesi, üretilecek araç ve gereçlerde ergonomik yaklaşımın sağlanarak verimliliğin artırılması ve kazaların önlenmesi gibi pek çok nedenle kullanımının yanında; sağlığın yükseltilmesi, sağlıklı ve güvenli ortamların sağlanması açısından halk sağlığını ilgilendirir. Kesitsel tipte olan bu çalışma, Etimesgut Zırhlı Birlikler Okul ve Er Eğitim Tümen Komutanlığı'nda, birliğe dönemler halinde gelen ve temel eğitimlerini burada yapanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların antropometrik profilini çıkarmak ve giyim standartlarına veri oluşturmak için katılımcılardan 22 adet antropometrik ölçü alınmıştır. Yazı yazarken, katılımcılardan 1007 (%93.2)'si sağ elini, 73 (%6.8)'ü ise sol elini kullanmaktadır. KKK'nın erler için beden ölçüleri dağılımı ile katılımcı erlerin dağılımını karşılaştırdığımızda boy ve beden numaralarına göre katılımcı erlerin %35.9'u KKK'nın erler için belirlediği beden ölçüleri dağılımının dışında kalmakta ve bu kişilerin beden yapısına uygun elbise üretilmemiş olmaktadır. Elde ettiğimiz verilerden oluşturduğumuz katılımcıların beden ölçüleri dağılımı ile TSE ve KKK'nın beden ölçüleri dağılımları arasındaki farklar bu konuya önemle eğilinmesi ve yapılmış olan dağılımların antropometrik yöntemler kullanılarak yeniden değerlendirilmesi gerektiği düşüncesini doğurmaktadır.

SUMMARY

Anthropometry is important because of many reasons. The determination of wearing standards, providing the ergonomic approach for the materials and tools that are produced and prevention of accidents are some of them. Promotion of health and offering healthy and safe conditions for people are also important and anthropometry has a powerful relationship with them. This study is a cross-sectional study and it is performed at a military unit in Etimesgut. 22 anthropometric measures are used to obtain participants anthropometric profile and to have the data for wearing standards. 1007 of the participants (93.2%) are using their right hand and 73 of them (6.8%) are using their left hand when they are writing. When we compare participants body measures dissociation and Army body measures dissociation, we found out that there were many soldiers who weren't appropriate for Army body measure dissociation. So that they haven't appropriate costume for themselves. According to the data that we obtained there is an important difference between our findings and Army measures and so that by using anthropometric methods it must study on this situation and must evaluate again.

**BİR ASKERİ GARNİZONDA GÖREVLİ GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERDE
ANTROPOMETRİK YÖNTEMLERLE OBEZİTE VE ZAYIFLIK SIKLIĞININ SAPTANMASI**

Dr. Tayfun KIR*, Dr. Esat HOŞGÖNÜL*, Dr. Metin HASDE*, Dr. Selim KILIÇ*.

*GATA Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi **GATA Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

ÖZET

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın verileri, Etimesgut Zirhli Birlikler Okul ve Er Eğitim Tümen Komutanlığı'nda gerçekleştirilen, Etimesgut Askeri Garnizonu'nda Eğitim Gören Yedeksubay ve Astsubay Adayları ile Erlerin Antropometrik Ölçülerinin Belirlenmesi isimli çalışma çerçevesinde toplanmıştır. Bu birliğe dönemler halinde gelen ve temel eğitimlerini burada gören erler, yedeksubay adayları ve astsubay sınıf okulu öğrencileri bu çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma evreni 3339 ve 1572 erden oluşan 2 alay, 353 yedeksubay adayı ve 135 astsubay sınıf okulu öğrencisi içeren Kurslar Taburu'ndan oluşmaktaydı. Çalışmada evrenin tamamını temsil edebilmek için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış ve dört alt gruptan da %20'lik bir kısım örnek olarak alınmıştır (Tablo II).

Sağlıklı toplum yaratılması amacını güden halk sağlığı için kötü sağlık sonuçlarına neden olan obezite sıklığının yüksekliliği, müdahale çalışmalarının gerekli olduğunu göstermektedir.

Ayrıca BMI ve triseps deri kıvrım kalınlığına göre yapılan değerlendirmelerde, katılımcılar arasında göz ardı edilemeyecek düzeyde zayıflık ve obezite saptanmıştır. Bundan dolayı sağlıklı ve zinde bir topluluk olması gereken Silahlı Kuvvetler'de obezitenin önlenmesi ve personel ve asker alımında bu konunun göz önünde bulundurulması gereklidir.

Katılımcıların sigara içme davranışları ve doğdukları demografik bölgelere göre BMI ve triseps deri kıvrım kalınlığı dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Yine triseps deri kıvrım kalınlığı açısından katılımcıların eğitim durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu bulgular ışığında, kötü sağlık sonuçları bilinen zayıflık ve obeziteye yönelik olarak yapılacak bireysel ve toplumsal çalışmalarda, bu değişkenlerin dikkate alınması gereklidir.

**ERİŞKİN KADINLARDA BESLENME DURUMUNU BELİRLEYEN
YÖNTEMLERİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BİR ÇALIŞMA**

Yard. Doç. Dr. N. NAHCIVAN, Doç. Dr. S. ERDOĞAN

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı-İSTANBUL

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, erişkin kadınların beslenme durumunu belirlemede kullanılan yöntemleri incelemektir.

Gereç-yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, hizmet projesi kapsamında ele alınan bir bölgede yaşayan 15-49 yaş arasındaki 200 kadını kapsamaktadır. Araştırmada üç yöntem (Antropometrik ölçümler, Biyokimyasal testler ve Besin tüketim sıklığı anketi) öncelenmiş, çeşitli istatistik yöntemler ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve Bel-kalça Oranı (BKO) değerlendirmelerine göre: kadınların %35.5'i hafif kilolu, %18'i obes, %40'ının BKO'nı 0.8'in üzerindedir. "Evli, 35-49 yaş grubunda, ev kadını, yaşantısının çoğunluğunu kırsal bölgede geçiren kadınlar" diğerlerine göre daha kiloludur. Kadınların %20.5'i anemiktir. "Evli, 25-34 yaş grubunda, geleneksel geniş ailede yaşayanlarda" anemi beklenenden fazla bulunmuştur. Kadınların daha çok enerji veren besinleri tercih ettikleri; Demir, A ve B vitamini ile protein içeren besinleri yetersiz tükettikleri belirlenmiştir. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları gösteren kadınlara yönelik gerekli girişimler (muayene, tedavi, izlem, sağlık eğitimi ve danışmanlık vb.) uygulanmıştır. Sonuç olarak: her üç yöntemin kadınların beslenme durumu hakkında önemli ipuçları verdiği söylenebilir. Uygulama kolaylığı yönünden BKO ilk sırayı almaktadır. Halk sağlığı uygulamalarında hemşireler, pratik yöntemleri kullanarak halkın beslenme durumunu belirleyebilir; sağlık eğitimi ve danışmanlık yaparak beslenmeye yönelik olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırabilirler.

SUMMARY**A STUDY TO EVALUATE THE METHODS USED TO DETERMINE
THE NUTRITIONAL STATUS OF ADULT WOMEN**

Objective: The object of this study is to evaluate the methods used to determine the nutritional status of adult women.

Material-Method: This descriptive study included 200 women, 15 to 49 years old, living in an area designated within the borders of a service project. Three methods were employed including anthropometric measurements, biochemical tests, and food-frequency questionnaire, and the results were analyzed.

Results: According to results of body mass index (BMI) and waist-hip ratio (WHR), 35.5% of women were slight obese, 18% were obese, with 40% of them having a WHR over 0.8. Those who were married housewives, with age ranging from 35 to 49 years, and leading most of their lives in rural areas were found more obese. Of all the study subjects, 20.5% of women were anemic. Anemia was found more prevalent than anticipated in married women aged 25 to 34 years, and having a traditionally large family. The study found that women had a predilection for food supplying more energy, and that they had inadequate consumption of food rich in iron, vitamin A and B, and proteins. Necessary interventions were implemented for those having poor nutritional habits, which included examination, treatment, follow-up, health education, and counselling.

Conclusion: We conclude that each of the three methods may provide significant clues as regards the nutritional status of women, among these WHR seems to be in the first place on the grounds of practicability. Nurses, in their public health practice, can determine the nutritional status of people by using practical methods and, through health education and counselling, enable them to achieve desirable health habits with respect to food consumption.

P9

**RUH
SAĞLIĞI
ve
ALIŞKANLIKLAR**

ORTA DOĞU TEKNİK ÜNİVERSİTESİ (ODTÜ) ÖĞRENCİLERİNDE
ALKOL ve SİGARA ALIŞKANLIK DÜZEYİ VE BUNA ETKİ EDEN BAZI FAKTÖRLER

Dr. E. DIDEM EVÇİ¹, DOÇ. Dr. Sefer AYCAN²

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı AD Yüksek Lisans Öğrencisi

²Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖZET

Amaç: Fiziksel ve psikososyal birçok değişim ve sorunlar ile yükseköğrenim hayatına başlayan genç nüfusun; sosyal hayatını ve sağlığını etkileyen önemli alışkanlıklarından olan sigara ve alkolün ODTÜ'de okuyan öğrencilerdeki kullanım düzeyinin ve buna etki eden faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Mart 1997'de gerçekleştirilen tanımlayıcı türdeki bu araştırmada, ODTÜ'de 1996-97 öğrenim yılı, II. döneminde öğrenim gören yaklaşık 11.100 öğrenciden %5 örnek büyüklüğü hedeflenerek seçilen 555 öğrenciyeye anket uygulanmış ve 535 anket değerlendirilmeye alınmıştır.

Bulgular: %47.4'ü alkol kullanan gençlerin alkol kullanma sıklığı ayda 2-4 veya daha nadirdir ve ortalama alkole başlama yaşı 15.16 (±Standart Sapma) Standart'dır. Gençlerin gelir durumu alkol kullanımını önemli düzeyde etkilemekte olup, aylık geliri 10 milyon ve altında olan gençlerin %71.1'i alkol kullanmamaktadır. Alkol alışkanlığı konusunda gençlerin %98.5'i danışmanlık hizmeti, %99.6'sı da sağlık hizmeti almak istemediğini belirtmiştir.

Gençlerin %64.1'i, hiç sigara içmemiş, %26.5'i ise halen içmekte ve %9.4'ü ise içip bırakmıştır. Günlük içilen ortalama sigara sayısı 17.39 (±Standart Sapma)'dur. Ortalama sigaraya başlama yaşı 17.51 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Gençler arasında ortalama alkole başlama yaşı düşmekte ve günde bir pakete yakın sigara tüketilmektedir. Büyük bir bölümü alkol alışkanlığı nedeniyle danışmanlık ve sağlık hizmetine ihtiyaç duymadıklarını ifade etmektedirler.

SUMMARY

Being two of the most important habits affecting the health and social life of youngsters starting their university education with plenty of physiological and psychological changes and problems, the level of smoking and alcohol usage throughout the METU students and the factors that have effect on this are aimed to be investigated.

In this descriptive type of research realized in March 1997, the questionnaires applied to 555 students selected in order to meet the sampling of 5% from approximately 11.000 students involved in METU during the second term of 1996-97 and 535 of these questionnaires are evaluated.

Alcohol is used by 47.4% of the youth whose average age of first drinking is 15.16. Frequency of usage is 2-4 times a month or less. The rate of income of the youth is highly related with the usage of alcohol, 71.1% of the youth, whose rate of incomes are monthly less than or equal to 10 million, use alcohol. 98.5% of the youth using alcohol are not likely to receive advisory service and 99.6% of them refuse health service.

The percentages of the youth never smoked, recently smoking and gave up are 64%, 26.5% and 9.4%, respectively. The average quantity of daily smoking is 17.39 items. Average age of first smoking is evaluated to be 17.51.

It is investigated that there occurs a decrease in the average age of starting usage of alcohol and one packet of cigarette is consumed per day by youth. It is stated that advisory and health service because of alcohol abuse are not necessary by most of them.

ANKARA'DA BİR HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİ İLE HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜK ALANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bil. Uzm. Yük. Hem. Şenay DOĞAN*, Doç. Dr. Onur HAMZAOĞLU**

*GATA, HYO

**GATA, Halk Sağlığı ABD

ÖZET

Temelleri erken yaşta atılan benlik saygısı, bireyin kendine saygı duymasını içeren, kendine değer verme yoludur (3, 4, 10). Bireyin sağlığını koruyabilecek, tedavi etkinliklerine katılabilecek, bakımını, eğitimini ve iyi bir iletişimin üzerine kurulmuş ekip çalışmasını gerçekleştirebilecek bir meslek mensubunu sağlık bakım alanına hazırlayan bu eğitim süreci içinde öğrenci hemşire, karşılaştığı durumları benlik saygısı düzeyi nedeni ile de farklı şekilde algılayabilmektedir (3, 7, 10, 11). Bu çalışma öğrenci hemşire için hemşirelik eğitiminin güç olarak algılanan alanını, bu alan içinde yer alan faktörleri, faktörlerin özelliklerini ve bunlara ilişkin alınması gereken tedbirleri belirlemek amacı ile kesitsel tipte planlanmış ve yapılmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan GATA Hemşirelik Yüksekokulu'nda okuyan 101 öğrenciye, Mayıs 1997'de iki bölümden oluşan soru formu ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Gözlem altında, katılımcılar tarafından doldurulan soru formlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 5.0 istatistik paket programı kullanılmış; yüzdeler alınmış ve ki-kare testi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi sonucu öğrencilerin uyruklarına, ailelerin yaşadıkları bölgelere ve anne-babanın eğitim düzeylerine göre benlik saygısı düzeyleri arasında istatistik olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Ancak babanın eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyinin arttığı saptanmıştır. Öğrencilerden I. sınıfta güçlük yaşayanların kuramsal eğitimde ve hastane uygulamasında güçlük yaşadıkları (%50.0), güçlük yaşamalarına neden olan faktörlerin kuramsal eğitime ilişkin olanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Benlik Saygısı, Hemşirelik Eğitimi, Hemşirelik Eğitiminde Güçlük Alanları.

SUMMARY

The self-esteem, which is founded at early ages, is the way of self appreciating that involves individual's respect for him or herself (3, 4, 10). During the process of preparing the member of a profession, which will maintain human health, participate in therapeutic activities and substantiate the care, education and team work based on a good communication, for health care area; the student nurse perceives the situations differently because of their self-esteem levels (3, 7, 10, 11). This study was sectionally designed and carried out, and aimed to identify the area of nursing education which the student nurses perceived as difficult; to reveal the factors in this area; to describe the features of these factors and precautions for these factors. The universe of the study consisted of 101 students attending to GATA Nursig High School. These students undergone Rosenberg Self-Esteem Scale and questionnaires that are filled by the subjects under observed conditions are evaluated by SPSS for Windows 5.0; percentages were estimated and chi-square was used for comparisons. Evaluating of the data revealed that self-esteem levels were not statistically different according to the citizen, to the region that the family lives and to the education level of the parents ($p>0.05$). It was determined that the students who have difficulty during the 1st year of the school also have difficulty in both the theoretical education and hospital practice (%50.0), and the factors for having difficulty are mostly those related to the theoretical education.

Key words: Self-esteem, Nursing Education, Difficulty Area in Nursing Education.

**TRABZON İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN
DOKTORLARDA SİGARA İÇME SIKLIĞI****Gamze ÇAN***, **Tevfik ÖZLÜ****, **Yılmaz BÜLBÜL****, **Perihan TORUN******KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD******KTÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, TRABZON****ÖZET**

Bu çalışma Kasım 1996'da Trabzon'daki doktorlar arasında sigara içme sıklığının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmaya 192 doktor katılmıştır. Kadın/erkek oranı 161/411'dir. Günlük içici sıklığı (günde en az bir sigara içen) kadın doktorlarda %24.8, erkek doktorlarda %42.8, haftalık sigara içici sıklığı kadınlarda %6.2, erkeklerde %6.6 idi. Sigarayı deneyen kadın doktorlar %34.2 erkek doktorlar %17.5 idi. Sigarayı bırakan kadın doktorlar %9.3 erkek doktorlar %15.8 oranında idi. Sigarayı hiç denememiş kadın doktorlar %24.2 erkek doktorlar %12.4 oranında idi.

Sigara içme sıklığı yönünden kadın ve erkek doktorlar arasında anlamlı farklılık vardı (p:0.0000023).

SUMMARY

The aim of the present study is to determine the prevalence of cigarette smoking among the physicians employed in the province center of Trabzon. Data were obtained by both questionnaires and self-administered methods in November 1996.

The study group consisted of 192 physicians. Female to male ratio was 161/411. Daily smoking prevalence rates (at least one cigarette a day) among male and female physicians were 42.8% and 24.8%, respectively. Weekly smoking prevalence rates (at least one cigarette a week) among male and female physicians were 6.6% and 6.2%, respectively. Trying smoking rates among male and female physicians were 17.5% and 34.2%, respectively. Giving up smoking rates among male and female physicians were 15.8% and 9.3%, respectively. The rate of those who never smoked was 24.2% in female, 12.4% in male.

There was statistically significant between the smoking prevalence of the male and female physicians (P=0.0000023).

It was concluded that the prevalence of cigarette smoking in the present study was lower than the smoking prevalence reported from different parts of the our country.

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
SİGARA İÇME PREVELANSI VE ETKİLİ FAKTÖRLER**

Yrd. Doç. Dr. Deniz KESKİNLER, Doç. Dr. Asuman GÜRAKSIN, Yrd. Doç. Dr. Tacettin İNANDI, Arş. Gör. Yıldırım TUFAN.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ERZURUM

ÖZET

Bu çalışmada, Atatürk Üniversitesi öğrencilerinde sigara alışkanlığının boyutları ve sigaraya karşı alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Her fakültenin ilk ve son sınıf öğrencilerinin 1/3'ü örneğe alınmıştır. 1304±%60.3)'ü erkek, 860±%39.7)'i kız, toplam 2164 kişiye anket uygulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre, cinsiyet ayırımı yapmaksızın öğrencilerin %35.9'u (778 kişi) hergün sigara içmektedir. Sigara içme boyutu, her iki cinsten de 20-24 yaş grubunda en yüksek düzeyde olup, %69.9 olarak bulunmuştur. Ailede sigara içen birinin olması, sigara içen yakın bir arkadaşın varlığı, sigara içme oranını çok yükseltmektedir. Erkekler, kadınlardan; sigaranın zararını bilmeyenler, bilenlerden iki kat daha fazla sigara içmektedir. Ayrıca sigara içmeyenlerin %64.2'si, yanlarında sigara içilmesine karşı duyarlı bir davranış göstermektedir.

SUMMARY

This study aimed to determine the dimensions of smoking habit and the measures that were needed to have been taken to the cigarette of the students of Atatürk University. 1/3 of first and last class students for each faculty has been chosen as sample. The questionnaire was applied to 2164 persons that was constituted from 1304±60.3% men and 860±39.7% women. According to the classification of WHO without making any sexual distinction, 35.9% of students smokes everyday. The highest frequency of smoking habit was found, in both sex, between the age group of 20-24 as to be 69.9%. The existing of a smoking in a family as well as one who has a friend smoking increased the risk of to be formed the habit of smoking. Men compared to women who are not aware of the risk of smoking actually smoke as much as twice than ones who know its damage. However, %64.2 of nonsmokers show more sensitive behavior to smoking.

ÜLKEMİZDE İNTİHAR BİR SORUN MU?**Dr. D. ASLAN*, Dr. H. ÖZCEBE*******Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi******Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD Doçenti****ÖZET**

İntihar (özkiyim), insanın psikik tabakalarında meydana gelen bir iç çatışma sonucunda kendi kendini bilerek, isteyerek ve kendi iradesiyle öldürme şekli olarak tanımlanmaktadır. İntiharların toplumsal olgulardan etkilendiği ve bu etkilenenin kaçınılmazlığı görüşü artık yaygınlaşmıştır. Ancak intihar olgusunda toplumsal olduğu kadar bireysel nedenler de etkilidir.

Ülkemizdeki intihar olaylarının diğer ülkelere nazaran oldukça az olduğu gözlenmektedir. İntihar, Türkiye'de toplam ölümlerin ancak binde 2-2.5'inden sorumludur. Yapılan araştırmalar, intihar olgusunun bazı durumlardan etkilendiğini ortaya koymuştur. Adölesan ve gençlik döneminde olma durumu, evli olma durumu, ekonomik faktörler, cinsiyet, altta yatan hastalık olup olmama durumu, vs. gibi faktörler intihar olgusunu etkilemektedir. Yapılan çalışmada Devlet İstatistik Enstitüsü 1995 İntihar İstatistikleri yılından 1987-1995 yılları arasındaki veriler kullanılarak ülkemizdeki intihar olaylarının sıklığı ve nedenlerine ait istatistik veriler değerlendirilmiştir.

SUMMARY**IS SUICIDE A PROBLEM IN OUR COUNTRY?****Dr. D. ASLAN*, Dr. H. ÖZCEBE**,*****Resident, Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health******Assistant Professor, Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health**

Suicide is defined as killing of oneself knowingly and willingly as a result of psychological conflict. The fact that suicide is effected from social factors and the determination of these factors has become a widespread opinion among authorities. Personal factors have also determinant roles in this phenomenon.

In our country, the prevalence of suicide is not as high as the prevalence that observed in the other parts of the world. The rate of deaths from suicide is 2-2.5 of the whole 1000 deaths in our country. The researches made about suicide declared that this phenomenon is effected from too many subjects such as to be in the adolescence and the youth periods of life, to be married, economic factors, sex, to be ill, etc. The State Institute of Statistics of Turkey has evaluated the prevalence and the reasons of suicide by using datas of The Yearbook of Suicide Statistics from 1987 to 1995.

**TÜRKİYE'DE İNTİHAR EPİDEMİYOLOJİSİ
(1991-95 DÖNEMİ İÇİN BİR DEĞERLENDİRME)**

Araş. Gör. Hülya BELEK, Yrd. Doç. Dr. İlker BELEK

Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada 1991-95 dönemi için Türkiye'de intiharın çeşitli sosyodemografik ve ekonomik etkenlerle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Araştırma tanımlayıcı türdedir. İl düzeyindeki intihar verileri DIE'den alınmıştır.

Bulgular ve tartışma: İntihar hızı 1994 ve 1995 yıllarında, erkeklerde, 55 yaş üstünde, Ege bölgesinde daha yüksektir. Hızın en düşük olduğu bölge Karadeniz, en düşük olduğu yaş grubu 15 yaş altıdır. En çok intihara neden olan etkenler hastalık ve ekonomik zorluklardır. Ayrıca intihar hızının il düzeyindeki İnsani Gelişme İndeksi, mahkeme hızı, üniversite mezunu nüfus oranı, boşanma hızı gibi kent yaşantısıyla ilgili sosyal ve ekonomik etkenlerle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve öneriler: Hızlı ve düzensiz kentleşmeye neden olan süreçlerin denetlenmesi intihar hızının düşürülmesinde etkili olabilecek bir çözüm olarak görülmektedir.

SUMMARY

Objective: In this study, we aimed to determine the relationship of suicide with varies sociodemographic and economic factors in Turkey for 1991-1995 period.

Material-Method: The study is descriptive. The suicide data were obtained from DIE by provinces.

Results and Discussion: Suicide rates were higher in 1994 and 1995, for males, in 55 and above age group, and in Aegean Region, and wer the lowest in Blacksea Region and in 15 and below age group. The most commonly seen factors behind suicide were "sickness" and "economic factors". In addition to these, suicide rates were releated with province Human Development Index, province court ratio, the ratio of the province population graduated from university in total, and province divorcing rate.

Conclusion: Controlling the disturbances releated with the rapid and uncontrolled urbanization in Turkey may be solution for decreasing suicide rates.

**ASKERLİK ÖNCESİ VE ASKERLİK BAŞLANGICINDA
SİGARA KULLANMA SIKLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ, Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Oğur HAMZAOĞLU, Dr. Metin HASDE

GATA Halk Sağlığı ABD

ÖZET

Amaç: Çalışma askerlik görevine henüz başlamamış olan her kesimden genç erişkin erkeklerin sigara içme durumları ile askerlik görevine başlamış olan erbaş ve erlerin sigara içme durumları arasında karşılaştırma yapabilmek amacıyla toplam 5273 kişi üzerinde yapılmıştır.

Gereç-yöntem: Araştırma; son yoklamalarını (askerlik görevine başlamadan önceki son dönem) yaptırmak üzere askerlik şubelerine başvuran kişiler (n=1520) ve askerlik görevine yeni başlayan erbaş ve erler (n=3753) olmak üzere iki farklı grup (Toplam 5273 kişi) üzerinde gerçekleştirilmiştir. İki grupta da veriler aynı soru formu uygulanarak toplanmıştır.

Bulgular: Askerlik öncesi dönemde sigara içenlerin oranı %43.3 iken erbaş ve erler arasında sigara içme oranı çok daha fazla (%63.1) olarak bulunmuştur. Bütün katılımcılar göz önüne alındığında Sigaraya Başlama Olasılığı yaklaşık %35 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Askerlik döneminin hemen başlangıcında sigara içme sıklığının askerlik öncesi döneme göre bu kadar fazla artmış olmasından dolayı tüm sigara karşıtı kampanyalar, kurum ve kuruluşların çabalarını bu popülasyona yöneltmelidir.

SUMMARY

Objective: The aim of the study is to compare the difference in smoking prevalence between young adult men who are new recruited, and are just not recruited. It has been carried out among 5273 young adult men.

Material-Method: The study is performed among 1520 young adult men who are just not recruited and are referred to military division, and 3753 recruits who are just recruited (total 5273 person). Data is collected with same questionnaire form in both of groups.

Results: While smoking prevalence is 43.3% among just not recruits, this prevalence is 63.1% among recruits. Smoking possibility (SP) has been found 35%.

Conclusion: Finally, anti-smoking campaigns and efforts should be focused to the new recruits, because of SP is higher than expected value.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ALKOL KULLANMA SIKLIĞI ve
ALKOL KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Taner DAGCI¹, Gönül DİNÇ², Cemil ÖZCAN³

¹Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Yrd. Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

³Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Kesitsel tipteki araştırma 1995-1996 eğitim öğretim yılında Celal Bayar Üniversitesi'nde (CBÜ) eğitim gören 3850 öğrenciden seçilen 403 öğrenciye anket uygulanması ile yapılmıştır.

Celal Bayar Üniversitesi öğrencilerinde alkol kullanma sıklığı yüzde 67.8'dir. Bu oran erkeklerde yüzde 49.7, kızlarda yüzde 30.5'dir.

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ HEKİM, HEMŞİRE VE TIP ÖĞRENCİLERİNİN
SİGARA İÇME DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Öğr. Gör. Dr. Gülsen GÜNEŞ, Doç.Dr. Erkan PEHLİVAN, Yrd. Doç.Dr. Mücahit EĞRİ, Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Bu çalışmada, İnönü üniversitesi Tıp Fakültesinin Araştırma ve Uygulama Hastanesi olan Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan doktor, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme prevalansını saptamak amaçlanmıştır.

Veriler, Dünya Sağlık örgütü'nün erişkinlere yönelik sigara araştırmaları için önerdiği soru formlarından yararlanarak toplanmıştır. Anket formları mayıs 1997'de, araştırma örneklemine giren kişiler tarafından (n=407) gözlem altında doldurulmuştur.

Sigara içme oranı, doktorlar arasında %45.9, hemşireler arasında %40.3, öğrenciler arasında %39 bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı sınıflarıyla uyumlu olarak gittikçe artmıştır.

SUMMARY

The objective of this study was to determine prevalence of smoking among doctors, nurses who have been working in Turgut Özal Medical Center that is Education and Researching Hospital of İnönü University, and on medical faculty students.

Data were obtained by using the questionnaire which recommended by WHO for adult's smoking researchs. Under the supervision questionnaire was completed by individuals (n=407) who involved in research sample in may 1997.

The prevalence of daily smoking and occasional smoking is 45.9% among doctors, 40.3% among nurses and 39% among medical faculty students. In medical faculty students smoking ratio getting higher comply with class.

**ERZURUM İL. MERKEZİNDE ORTAOKUL VE LİSE ÖĞRENCİLERİNDE
SİGARA İÇME PREVALANSI**

Doç. Dr. Asuman GÜRAKSIN, Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ, Yrd. Doç. Dr. Tacettin İNANDI, Yrd. Doç. Dr. Deniz KESKİNLER,
Araş. Gör. Dr. Serhat VANÇELİK, Araş. Gör. Yıldırım TUFAN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum

ÖZET

Bu çalışma, Erzurum il merkezinde bulunan ortaokul ve lise öğrencileri arasında sigara içme boyutlarını saptamayı amaçlamıştır. Çalışma grubunu 1/3 oranında tesadüfi yöntemle seçilen 11 okuldaki orta 1. lise 2 ve lise 3. sınıflarından, orantılı basit rastgele yöntemle 1 veya 2 sınıf seçilerek, bu sınıflarda okuyan tüm öğrenciler araştırma kapsamına alınmışlardır. Araştırmaya katılanların 1447'si (%78.0) erkek, 408'i (%22.0) kız öğrencidir. Öğrencilerin 12-13 yaşlarında % 30.8 oranında sigarayı denemiş olduğu, yaşla birlikte sigarayı deneme oranlarının arttığı saptanmıştır. Ortaokul öğrencilerinin %8.6'sı, lise öğrencilerinin %29.6'si sigara içmektedir. Çalışma grubunda hergün sigara içen oranı %23.0 olup erkeklerde %28.3, kızlarda %4.4 olarak bulunmuştur. Yaşla birlikte sigara içme oranları da anlamlı düzeyde yükselmiştir. Ailede sigara içen birinin olması, sigara içen yakın bir arkadaşın varlığı sigara içme riskini çok yükseltmektedir. Öğrenciler için saptanan prevalans değerleri yüksek olup, sigaraya karşı korunma uğraşında, ortaokul ve lise dönemine öncelikle önem verilmelidir.

SUMMARY**THE PREVALANCE OF SMOKING
AMONG THE JOUNIOR HIGH AND HIGH SCHOOL STUDENT IN ERZURUM**

This study has aimed to evaluate the extent of smoking among the jounior high and high school students in the province of Erzurum, Turkey. 1/3 of 33 jounior high and high schools in the central district were randomly chosen for the study. Among the jounior high first grade, high school second and third grade one or two classes were chosen proportionally by a simple random method and all the students in those classes were included in the study. A total of 1855 students, 1447 (78%) male, 408 (22%) female, were given questionnaire.

30.8% of the students aged between 12 and 13 were experienced smoking for the first time and the rate was increasing as the age gets higher. 8.6% of the jounior high students and 29.6% of the high school students were smoking. In the study group the ratio of everyday smoking was 23.0% (28.3% in males and 4.4% in females). This ratio was increasing significantly with the age of the students.

Existence of a smoker in the family and a smoker friend increased the risk of smoking very high. Since the prevalence values among the students were very high in the eradication of smoking for most attention had to be given primarily to the jounior high and high school periods.

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SİGARA ve ALKOL KULLANMA ALIŞKANLIKLARI**

Yrd. Doç. Dr. Emel İRGİL*, Uz. Dr. Yaşar ERKENCİ*, Uz. Dr. Ramis GÜNER**, Dr. Soyhan BAĞCI***

*Uludağ Ünv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı

***Uludağ Ünv. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Dünyada, günde 8000 kişi sigaranın neden olduğu hastalıklar yüzünden ölmektedir. 1988'de Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre 15 yaş üzeri nüfusun %43.6'sı sigara içmektedir. Araştırmada, gelecekte sağlık alanında hizmet verecek olan tıp öğrencilerinin sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarını öğrenmek amaçlanmıştır. Araştırma, Ekim-Kasım 1996 tarihlerinde Halk Sağlığı uygulaması yapan 16 intörn doktor tarafından Tıp Fakültesi öğrencilerine 19 soruluk anket formu uygulanarak yapılmıştır. Çalışmaya 392'si erkek, 269'u kadın olmak üzere 661 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerden 194'ü (%29.3) sigara içmektedir. Sigara kullanımı yaş ile birlikte artmaktadır. Sigaraya başlamanın 1. nedeni meraktır (%27.8). Yetmişyedi öğrenci (%39.7) sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişlerdir. Sigara içen öğrencilerin yalnızca %20.6'sının evinde sigara içen başka bir birey yoktur. Alkol kullanan öğrenci sayısı ise 166 (%25.1)'dir. Alkol kullanma alışkanlıklarının çok düzenli olmadığını, genellikle arkadaşlarıyla birlikteyken, bira içtiklerini, merak nedeniyle başladıklarını belirtmişlerdir. Doksan dört öğrenci (%56.6) alkol içmeyi bırakmak istemediklerini söylemişlerdir. Araştırmamızda ortaya çıkan oran diğer araştırmalardan daha düşük olsa da gelecekte sağlık hizmeti verecek olan doktor adaylarının bu alışkanlıklarını sürdürmek istemeleri düşündürücüdür. Bu tür alışkanlıklara başlamanın kolay, bırakmanın zor olduğu açıktır. Bu nedenle, başlamayı önleyici önlemler alınmalı, toplum bu konuda eğitilmelidir.

SUMMARY

In the world, every day 8000 people die of smoking related diseases. According to the research conducted in Turkey in 1988, 43.6% of population over 15 years of age, smoke. The purpose of this study was to learn the situation of smoking and alcohol abuse of medical students who will work in the health care system in the future. The study was conducted during October and November 1996. Questionnaires were filled by the medical students in the supervision of the 16 intern doctors. Of 661 students (392 boys, 269 girls), 194 (29.3%) smoked. Smoking increased with age. The first cause of beginning to smoke was curiosity (27.8%). Seventy-seven students (39.7%) pointed out that they wanted to quit. 20.6% of students stated that they were the only smokers in their homes. Onehundred-sixty-six students (25.1%) drank alcohol. They said that they drank very rarely, usually drank beer with their friends and the cause of beginning to drink alcohol was curiosity. Ninety-four students (56.6%) said that they don't want to give up. Although the percentage of smoking in our study was smaller than the other studies, it was thought-provoking that the candidates of doctors insisted on smoking and drinking alcohol. Starting is easy but quitting is very hard. For this reason, necessary measurements should be taken to prevent beginning and people not only should be educated not to start but to quit smoking as well.

P10

YAŞLILIK

**ADANA HUZUREVİNDEKİ YAŞLILARIN
MEDİKAL SORUNLARININ TANIMLANMASI***

Dr. H. Tuba AKSU

Adana Mithatpaşa Sağlık Ocağı Hekimi

(*Bu Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Programı İçin Öngördüğü Bilim Uzmanlığı Tezi Olarak Hazırlanmıştır.)

ÖZET

Her geçen gün yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı arttıkça sorunları da büyümektedir. Bu çalışmada kurum bakımı gören yaşlıların medikal sorunlarının ortaya çıkarılabilmesi amacı ile Adana Huzurevi'nde bulunan 65 yaşının sağlık sorunları tanımlanmıştır. Ayrıca, yaşlıların mental ve ruhsal sağlıkları da araştırılmıştır. Uygulanan geniş kapsamlı anket ve fizik muayenenin yanısıra laboratuvar tetkiki olarak, hematokrit, hemoglobin, tam idrar tahlili, açlık kan şekeri, akciğer grafisi ve elektrokardiyografileri değerlendirilmiştir.

Huzurevi araştırma grubunun %66.2'si erkek, %33.8'i kadındır. Son altı ayda sağlık kurumuna başvuranlar %40'tır. Araştırma grubunda en fazla saptanan hastalıklar sırası ile; genito-üriner sistem %58.5, dolaşım sistemi %53.8, göz %36.9, hipertansiyon %35.4, kas-iskelet sistemi %33.8, anemi %29.2, solunum sistemi %26.2, sindirim sistemi %21.5, diyabet %18.5 olarak belirlenmiştir. Uygulanan genel sağlık anketinin 12'lik formuna göre yaşlıların %56.9'unun, 28'lik formuna göre %61.5'inin akut ruhsal rahatsızlıkları olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

As the proportion of the elderly to general population increases the problems of them grow together. In this study medical problems were determined between nursing home livers in Adana. Also, their mental and psychic health were determined. Besides the questionnaire and physical examination the laboratory methods used were; hematocrit and hemoglobin values, complete urinalysis, blood sugar levels, thoracic graphics, and electrocardiographics.

Nursing home elderly group consisted of 66.2% of males and 33.8% of females. In last six months 40% of them asked for medical help. The most frequent diseases in nursing home searching group were; genitourinary disease 58.5%, cardiovascular disease 53.8%, eye disease 36.9%, hypertension 35%, muscle-skeleton system disease 33.8%, anemia 29.2%, respiratory system disease 26.2%, gastrointestinal system disease 21.5%, diabetes 18.5%. For the applied general health questionnaire 56.9%, for the general health questionnaire 61.5% of them have acute psychological problems.

**ANTALYA KENT MERKEZİNDEKİ 60 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KİŞİLERİN
SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMU**

Levent DÖNMEZ, Necati DEDEOĞLU

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Yaşlı nüfustaki artış nedeniyle bu yaş grubu ile ilgili sorunlar gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Yaşlılar sağlık sorunlarının fazla olması nedeniyle sağlık hizmetlerine diğer yaş gruplarına göre daha fazla ihtiyaç duyarlar.

Bu çalışmada Antalya kent merkezindeki yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve bunu etkileyen faktörler kesitsel yöntemle araştırılmıştır. Araştırma bölgesinden küme örnekleme yöntemi ile seçilen 1000 adet 60 yaş ve üzerindeki kişiye Ocak-Şubat 1996'da yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır.

Yaşlıların bir yıl içinde ortalama 3.41 (3.87 kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmış, yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda kronik hastalık varlığının, kişinin sosyal güvencesi bulunmasının, eşiyle birlikte yaşammasının ve günlük yakınlık sayısının kişinin sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Yaşlıların sağlık kuruluşlarına başvuruları yeterli değildir ve özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurularının sayısını artıracak uygulamalar başlatılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, sağlık hizmetleri, birinci basamak

SUMMARY**UTILISATION OF THE HEALTH SERVICES BY ELDERLY IN ANTALYA PROVINCE.**

Increasing of the number of the elderly group leads the problems, related in this group, have become important, gradually. Elderly population needs more health care services than the other groups because their health problems are prevalent.

In this study, we investigated the utilisation of the health services by elderly people, lives in Antalya province, and its relationship with some factors, cross-sectionally. A questionnaire was performed 1000 subjects, older than 60 years, which was selected by cluster sampling method from Antalya.

Elderly people had contacted the health services 3.41±3.87 times a year. To result of the multiple regression analyses, the number of contact of the elderly people with health services was correlated with present of chronic disease, having social security, the number of daily symptoms and living with his/her partner.

Elderly people do not use enough the health services and some practices must launch additionally so that their contact with the services, especially in primary care, increases.

Key words: Elderly, health services, primary care

YAŞLILIK ve EMEKLİLİK (ÖN ÇALIŞMA)

Uzm. Dr. Emel ÇÖLGEÇEN, Prof. Dr. Yıldız TÜMERDEM.
İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çapa-Topkapı/İstanbul.

ÖZET

Emeklilik evresine özgü kararlar özellikle de 65 yaşın üstündeki bireylerin sosyal güvencelerine yönelik olmalıdır. Yaşlılık evresine özgü sağlık sorunlarına çözüm bulmak ise birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gereken bir konudur. Küçükçekmece Grup Başkanlığı'mıza bağlı sağlık ocaklarında Kasım 1996-Mart 1997 tarihleri arasında örnek olarak nitelendirilen yaşlılık ünitemizde gerçekleştirdiğimiz bu çalışmamızda, bu gerekçeden yola çıkılmıştır. Çalışmada 162 katılımcıyla yüz yüze görüştük. Katılımcıların %8.6 sı sosyal güvencesiz işlerde çalışmıştı. %42'si ev kadını, %13.6'sı esnaf, %11.7'si çiftçi, %14.2'si memurdu. Emeklilik yaşını kadınlar için 52 yıl, erkekler için 58 yıl olarak saptadık. Erkekler aktif olarak 41 yıl, kadınlar ise 24 yıl çalışmışlardı. Halen %16 katılımcı aktif olarak çalışıyordu. Çalışmamız devam etmektedir.

SUMMARY**AGING AND RETIREMENT**

The decisions concerning the retirement period especially above the age of 65 should encompass the social security of elderly. Solving the health problems of the elderly must be considered in primary health care. For this purpose, we interviewed 162 elderly about this subject in Küçükçekmece Local Health Administration Area between November 1996-March 1997. The percentage of the elderly according to their occupation is as follows; 42% of the elderly are housewives, 13.6% are tradesmen, 11.7% are farmers, 9.9% are workmen, 14.2% are civil servants, and 8.6% are without social security. The mean retirement age of the female is 52 years, of the male is 58 years. Men stated that they had worked for 41 years, whereas women for 24 years during their lives. 16% of the elderly are still working. Our research is continuing.

**YEŞİLYURT İLÇESİNDEKİ YAŞLILARIN
SAĞLIK VE SOSYAL SORUNLARI**

Dr. Mücahit EĞRİ*, Dr. Gülseren GÜNEŞ*, Dr. Metin GENÇ†, Dr. Erkan PEHLİVAN*

*Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

ÖZET

Bu araştırma Malatya ili Yeşilyurt ilçesinde yaşamakta olan 65 ve üzeri yaşlı nüfustaki 167 kişi üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın amacı ilçedeki yaşlı nüfusun sağlık ve sosyal sorunlarını ortaya koymak ve bu tür sorunlara çözüm önerileri geliştirmektir. Araştırma kapsamındaki yaşlılara yüz yüze görüşme tekniğiyle anket uygulanarak veriler elde edilmiştir.

Araştırma bölgesindeki yaşlılar tüm nüfusun %7.7'sini oluşturmaktadırlar. Yaşlıların %71.9'u evli, %25.7'sinin ise eşi ölmüştür. Yaşlıların %13.8'i tek başına yaşamaktadır, %24.6'sı halen sigara, %1.2'si alkolü içki kullanmaktadır. Yaşlıların %70'ten daha fazlası günlük yaşam aktivitelerini kolayca yapabilmekte, %5'ten daha azı yardıma ihtiyaç duymaktadır. Yaşlıların %22.2'si son bir yıllık dönemde kaza geçirmiştir. Ev kazaları yaralanmalar içerisinde önemli yer tutmaktadır. Görüşmenin yapıldığı son bir aylık dönemde yaşlıların %54.5'i herhangi bir ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlar arasında ağrı kesiciler ve antiromatizmal ilaçlar ilk sırayı almaktadır (%21.0). Sonuç olarak birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde yaşlı bakımının faydalı olabileceği ve bu basamakta yaşlı hastalara entegre hizmet (Klinik, fonksiyonel, tıbbi, sosyal) sunulabileceği önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılar, sağlık sorunları, sosyal sorunlar.

SUMMARY**HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS OF ELDERLY IN YEŞİLYURT TOWN**

This investigation was performed on 167 elderly people who are 65 years and over living in Yeşilyurt town center in Malatya. The aim of this investigation is to determine health and social problems of elderly population in town and propose the way of solution. Data were obtained by using face to face questionnaire method on elderly who involved sample group.

Elderly population in research area comprise 7.7% of total population. 71.9% of them were married and 25.7% were widow. 13.8% of them have lived alone. The proportion of current tobacco smokers are 24.6%, alcohol drinkers 1.2% and all of them are male. More than 70.0% of the elderly could have done daily living activities easily, less than 5% were dependent in one or more basic activities of their daily life. 22.2 percent of elderly have injured last one year period. Home accidents were the most common cause of reported injury. About 54.5% of the elderly reported having used any medication within one month before the interview. Among drugs which are used painkillers and anti rheumatic agents were most common (21.0%).

Conclusion: Assessment of elderly in primary health care level may be useful and it would provide an integrated (Clinical, functional, medical, social) service for elderly.

Key words: Elderly, health problems, social problems.

P11

**KAZALAR,
İLK
YARDIM
ve
DİĞERLERİ**

**ÜLKEMİZDEKİ TRAFİK KAZALARI ve
HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ**

Uzm. Dr. Suphi VEHİD*, M.Sc. Hayriye VEHİD**, Dr. Ethem ERGİNÖZ*, Yrd. Doç. Dr. Selçuk KÖKSAL*, Prof. Dr. Zuhal BALTAŞ*, Prof. Dr. Ayşe KAYPMAZ*

*İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
**İÜ Çocuk Sağlığı Enstitüsü

ÖZET

Amaç: Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizde her türlü uyarıya rağmen trafik kazaları ve buna bağlı ölümler giderek yüksek boyutlara ulaşmaktadır. Ülkemizde 1975-1994 yılları arasında 20 yıllık dönemde meydana gelen trafik kazalarını incelemek amacı ile çalışmamız planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda kullanılan 1975-1994 yıllarına ait kayıtlı araç sayısı, kayıtlı trafik kazası sayısı, kazaya neden olan araç sayısı ve bu kazalarda meydana gelen ölümlerle ilgili veriler DİE'nce hazırlanan Karayolları Trafik Kazası Yıllıklarından (1989, 1990, 1991, 1992, 1993 ve 1994) elde edilmiştir. Türkiye nüfusuna ait veriler ise DİE'nce hazırlanan Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1993'den elde edilmiştir.

Elde edilen bu veriler kullanılarak bulgular ve tartışma bölümünde sunulmakta olan grafikler bilgisayarda Excel programında çizilerek hazırlanmıştır.

Sonuç: 20 yıllık dönemde yıllara göre araç sayısının arttığı, ve bu nedenle kaza sayısının ve buna bağlı ölümlerin sadece oransal olarak azaldığı, gerçekte kaza sayısının ve kaza yapan araç sayısının artmakta olduğu gözlenmiştir. Trafik kazaları ülkemizde mortalite nedenleri arasında beşinci sırada yer almasına rağmen ona bağlı ölümlerin en fazla 35-64 yaş grubunu etkilemesi ülkemizin ekonomik yönden gelişmesinde bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle ivedi olarak çözülmesi gereken bir sorun özelliğini taşımaktadır.

SUMMARY

Introduction: As a developing country, road traffic accidents and related deaths are increasing in Turkey in spite of every possible warning. In this study the aim is to show the distribution of road accidents between the years 1975-1994.

Material-Methods: Datas used, such as the number of registered motor vehicles, number of registered road traffic accidents, number of registered motor vehicles involved in accidents, and according deaths were taken from the Yearly Road Traffic Accident Statistics (1989, 1990, 1991, 1992, 1993 and 1994) published by the State Institute of Statistics. Datas on population were taken from the Yearly Health Statistics 1993, published by the same institute. Graphics on this data have been drawn using Excel Software.

Results: In this twenty year period, the number of vehicles has increased, and the percentage of road traffic accidents and related deaths has decreased. However, the total number of road traffic accidents and the vehicles involved has increased during this period. Road traffic accidents are the fifth highest cause of death in Turkey, the most effected age group being between the ages of 35-64. This has a negative effect on the economic growth of Turkey, and needs therefore, urgent solution.

MALATYA'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
"AĞIZ DIŞ SAĞLIĞINI İYİLEŞTİRMEDE FLOR KULLANIMI PROGRAMI" HAKKINDAKİ BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ

Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ*, Doç. Dr. Erkan PEHLİVAN*, Öğr. Gör. Dr. Gülsen GÜNEŞ*, Yrd. Doç. Dr. Mücahit EĞRİ*,
Ar. Gör. Dr. M. Ali KURÇER*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı-Malatya

ÖZET

Amaç: Bu çalışma: Sağlık Bakanlığı tarafından Malatya ilini de kapsayan 13 ilde yürütülen flor tableti kullanımı programı hakkında sağlık personelinin bilgi ve görüşlerini öğrenmek için yapılan kesitsel bir araştırmadır.

Gereç-Yöntem: Bu amaçla hazırlanmış anket formu. 15 Ağustos 1997 tarihinde yapılan ve 203 hekim, hemşire ve ebenin katıldığı bir hizmet içi eğitim toplantısı öncesinde katılımcıların tümüne uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcılar. flor eksikliğinin belirtileriyle ilgili soruya %60, flor uygulama biçimleri ile ilgili soruya %78 oranında doğru yanıt vermişlerdir. Katılımcılardan sadece %28'i Türkiye için en uygun flor uygulama biçimi olarak flor tableti uygulamasını seçmiştir. Katılımcıların %66'sına göre programa karşı halkın tutum olumlu idi; öte yandan, katılımcıların %76'sına göre sağlık personelinin tutumu olumludur.

Sonuç: Bu çalışmanın sonunda görülmüştür ki. sürekli hizmet içi eğitime ve personelin motivasyonuna ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Flor. çocuklar.

SUMMARY

Objective: This study is a cross-sectional research, which has been planned in order to learn the knowledge and opinions of health professionals about the programme of fluor tablet usage which is carried out by the Ministry of Health in 13 provinces including Malatya.

Material-Method: The questionnaire form prepared with this aim was given to all the participants consisting of 203 physicians, nurses and midwives before an in-service education meeting done on the 15th of August, 1997.

Findings: 60% of the participants gave right answer to the question related to the symptoms of fluor deficiency: 78% of them gave right answer to the question related to fluor supplement methods. Only 28% of the participants chose the fluor tablet usage as the most appropriate fluor supplement method for Türkiye. According to 66% of the participants, the attitude of the people towards the programme was positive: on the other hand, 76% of the participants thought that, the attitude of the health personnel was positive.

Results: At the end of this study, it has been seen that, continuous in-service education and motivation of the personnel are needed.

Key Words: Fluor. children.

**BİREYLERİN YAŞADIKLARI BÖLGELER ve
AĞRI İLE BAŞETME YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

H. İŞSEVER¹, F. Eri ASLAN², S. ÖZYALÇIN³, U. ŞELİMİN⁴, H. ABUÇCU⁵, OLGUN⁶, E. İŞİK⁷

¹İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dr

²MİHYO Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yrd. Doç. Dr.

³İstanbul Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı, Doç. Dr.

⁴MİHYO Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Doç. Dr.

⁵İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr.

⁶MİHYO Dahiliye Hastalıkları Hemşireliği, Yrd. Doç. Dr.

⁷MÜ Hastanesi Hemşiresi

ÖZET

Bireylerin yaşadıkları bölgelere göre ağrıyla başetme yöntemlerini belirlemeyi amaçladığımız bu çalışma Temmuz-Ekim 1997 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan, bireylerin yaşadıkları bölge, bireysel özellikleri ve başetme yöntemlerini içeren 29 sorudan oluşan görüşme formu aracılığı ile elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacıların yanısıra 7 anketör yetiştirilmiştir ve veri toplamada bunlardan da yararlanılmıştır.

Örnekleme 7 bölgeden temsil niteliği taşıyan illerin park ve dinlenme alanında dinlenmekte olan 18-85 yaş arası gönüllü 3000 birey alınmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin %53.9'u (1617) erkek, %46.1'i (1383) kadın olup, yaş dağılımın 18-44 (%85.7) arasında yoğunlaştıkları belirlenmiştir. Bölgelere göre dağılım da ise, %25.3'ünün (759) Marmara, %24.1'inin (723) Karadeniz, %15.5'inin (466) İç Anadolu, %10.7'sinin Akdeniz (322), %10.5'inin (314) Doğu Anadolu, %8.8'inin (264) Ege, %5.1'inin de Güneydoğu Anadolu Bölgesinden olduğu saptanmıştır. Bireylerin ağrı deneyimi incelendiğinde; %73.8'inin önceden ağrı deneyimlediği, ağrı deneyimi olanların bölgelere göre dağılımı değerlendirildiğinde, Marmara ve Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan bireylerin ağrı deneyiminin beklenenin üzerinde bir frekansla olduğu gözlenmiştir ($\chi^2=16.71$ $p<0.05$). Ağrı olunca öncelikle analjeziği tercih edenlerin oranı %64.5 (1936)'dır. Analjezik kullanımının bölgelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=10.30$ $P>0.05$). Bireysel özelliklerden; yaş, eğitim ve sosyal güvenlik durumu ile ağrıyla başetme arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ilerledikçe hekime başvuruların oranının arttığı, eğitim düzeyi arttıkça ilaç dışı yöntemleri kullanma durumunun arttığı, sosyal güvenliği olanların öncelikle hekime gittikleri görülmüştür.

Bölgeler ile ağrıyla başetme yöntemleri arasındaki ilişkide tıbbi yardım almaya, İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesindeki bireylerin daha azla seçtiği saptanmıştır ($\chi^2=12.67$ $P<0.05$).

Bölgeler ile analjezik kullanımında ise Marmara, Ege, Doğu Anadolu Bölgesinde hekim tavsiyesine göre analjezik kullanımının; beklenenin üzerinde olduğu gözlenmiştir ($\chi^2=20.43$ $p<0.01$). Ağrı ile başetmede ilaç dışı yöntemlerden müzik dinlemenin ise Ege ve Marmara'da yoğun olduğu diğer bölgeler ile yöntemler arasında fark olmadığı bulunmuştur ($\chi^2=10.73$ $p>0.05$, $\chi^2=6.24$ $p>0.05$, $\chi^2=9.77$ $p>0.05$).

Anahtar Sözcükler: Ağrı yönetimi, Toplum, Sosyo kültürel özellikler.

HALK SAĞLIĞI KONUSUNDA YENİ BİR YAYGIN UYGULAMA MODELİ: DÜŞÜK ENERJİLİ LASER

Dr. Abdurrahim GÖRÜR

Halk Sağlığı Uzmanı

ÖZET

Düşük enerjili laser veya süperlüminöz ışın tedavisi, genel olarak hücrenin enerji üretimini artırma, membran potansiyelini düzenleme ve dokuda lokal dolaşımın artışı sağlıyarak organizmanın otokontrol ve savunma sistemlerini uyarmaktadır. Çok güçlü bir otokontrol, negatif feedback ve savunma sistemiyle donatılmış olan organizma, bu basit uyarıyla harekete geçmekte ve klasik tıbbi çok ciddi görülen ve birçoğunda hastalığın gidişine ciddi bir müdahale dahi yapılamayan konularda mükemmel sonuçlar vermektedir. Bu rahatsızlıkları şöyle sıralıyabiliriz:

Bel-Boyun Fıtığı

Periferik sinir kopma ve zedelenmeleri, Medulla Spinalis kontüzyonu

Kas spazmları (tortikolis, lomber sprain, trismus dahil)

Akut travmatik ağrılar (ezilme-burkulma, kopma fraktürleri, kas rüptürleri, bağ zedelenmeleri vb)

Dejeneratif artrit, Osteoartrit ve Artrozlar, Ankilozan spondilit, Humeroskapular periartrit ve adeziv kapsülitler

Aseptik nekrozlar (Perthes', Osgood Schlatter), Kırıklar (pseudoartroz ve malunion dahil)

Karpal Tunnel ve diğer tuzak nöropatileri, Tetik parmak ve tenovajinitler

Kronik ülserler (Diyabetik gangren ve lipodistrofi, yatak yaraları, radyonekrozlar, sitostatik veya sitotoksik ilaç extravazasyonuna bağlı yaralar, variköz ülserler, Burger vb dahil)

Yaygın halk sağlığı problemi olan pekçok hastalığın tedavisinde düşük enerjili laser veya süperlüminöz ışık tedavisinin avantajlarını şöyle sıralıyabiliriz:

1. Yukarıda sayılan pekçok hastalığın radikal tedavisi ve özellikle omurilik ve periferik sinir yaralanmalarında erken müdahalede sekelsiz iyileşme.

2. İlaç kullanımının çok azaltılması, kronik ilaç kullanımının olmaması ve hiçbir yanetki ve riskinin olmaması.

3. Uzman eleman mesaisi, Hastane yatak ve ameliyat masası işgalinin azaltılması.

4. Erken ambulasyon ve nüks olasılığının azlığı nedeniyle hastanın işgücü kaybının minimale indirilmesi.

5. Tedavi maliyetinin ucuzluğu yanında yerli ve ucuz cihaz temin etme kolaylığı nedeniyle döviz kaybının olmaması.

Yukarıda bahsedilen avantajlar gözönüne alındığında, Bir doktorun birkaç aylık; özellikle hastalığın teşhisi ve tedavi alanlarının saptanması için gerekli eğitim sonunda her Sağlık Ocağına kurulacak bir tedavi ünitesiyle geniş halk kitlelerine bu etkili, basit ve radikal tedavi olanağı çok rahatlıkla sunulabilecektir.

SUMMARY

Low level laser or superluminous radiation therapy stimulate autocontrol and defence systems of organism with generally increasing energy production of cells, regulating membran potentials and increasing local blood circulation. The organism which is dominated by very powerful autocontrol, negative feedback and defence systems is activated by this weak stimulus. Also very serious diseases which there are not effective therapy in the classic medicine, excellent results is probable with low level laser therapy. These disorders are

Herniated nucleus pulposus, Periferic nerve injuries, Contusion of Medulla Spinalis.

Muscular spasms (include torticollis, lomber sprain, trismus)

Acute traumatic pain (contusion, crush injuries, muscle ruptures, tendons or ligament injuries)

Degenerative arthritis, osteoarthritis and artroses, Ankilozan Spondylitis, Humeroscapular periarthritis and adhesive capsulitis

Aseptic nekroses (Perthes', Osgood Schlatter), Fractures (include pseudoartroz and malunion)

Carpal Tunnel, De Quervain's diseases and other entrapment neuropathies, trigger finger and tenovaginitis.

Chronic ulcers (Diabetic gangren and lipodistrophies, bed sores radionecroses, ulcers from extravasation of cytotoxic or citotoxic drugs, variceous ulcers, Burger's...)

Advantages of low level laser or superluminous radiation therapy:

1. Total cure in many diseases of above listed and especially total cure of medulla spinalis and peripheral nerve injuries in early intervention.

2. Lower drug usage, non existency of cronical drug usage and complications.

3. Lower necessity of qualified personnel and hospitalisation.

4. Minimisation of the patients'workpower loss because of early ambulation and very low possibility of relapse.

5. The low cost of thrapy and easy providing of domestic and cheaper equipment.

When considered above advantages, this effective, easy and radical therapy possibility will be given to wide public groups by adding laser unity to every "Basic Health Center".

**DÜŞÜK ENERJİLİ LASERLERLE HERNİ DİSKAL TEDAVİSİNİN
KLİNİK ve TOMOGRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Abdurrahim GÖRÜR*, Dr. Semin TATLICIOĞLU**, Dr. Celal TATLICIOĞLU***

*Halk Sağ. Uzm. **Anesteziyolog, ***Radyolog

ÖZET

Klinik ve tomografik olarak saklanan 10 lomber herni diskal vak'ası, düşük enerjili laserle tedavi edildi. Helyum-Neon (10 mW) ve Galyum-Alüminyum-Arsenium (50 mW) laseriyle 3.7 J/cm² lik enerji yoğunluğunda ışınlandı. Ayrıca ağrısı çok fazla olan hastalarda Laserakupunkturu da uygulandı. İlk 5 seans her gün, daha sonrakiler ise haftada 3 ve 2 kez olarak 10-20 seans tedavi edildi.

Hastalarda önce kuvvet kaybı, giderek his kaybı, atrofi, laseq ve en son refleks kaybı normale döndü. Tedavi öncesi tomografik görüntülerin yarısında tedavi sonu tam düzelme olurken diğer kısmındaki anatomik düzelme 6-8 ayı alıyordu.

Laserin güçlü bir analjezik, antienflamatuar ve spazmolitik etkisi olduğu uzun süredir bilinmektedir. Tedavi sonundaki CT ile tesbit edilen anatomik düzelme sadece bununla izah edilemez. Bu etki muhtemelen makrofaj aktivasyonu sonucunda normal yerinde olmayan nükleus pulpozusun resorpsiyonu, yani emodeling süreciyle olmaktadır. Benzer bir çalışma bizden birkaç yıl sonra Japon araştırmacılar tarafından da MR ile de gösterilmiştir.

Laser tedavisinin hiçbir yan etkisinin olmaması dışında diğer bir üstün özelliği de, nörolojik defisitlerin tamamen yokolmasıdır. Bu da laserin mikrosirkülasyonu artırarak akson rejenerasyonunu hızlandırması ve sinir iletimini artırmasından kaynaklanmaktadır.

Hiçbir yan etkisinin olmaması, radikal sonuç vermesi, kolay uygulanabilir venon-invasiv bir yöntem olması ve ekonomik maliyeti gözönüne alındığında laserin bu konuda birincil tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Konunun eğitim kurumlarında incelemeye alınması çok yararlı olacaktır.

ABSTRACT

10 lumbar herniated disc case have been treated on by low level laser. Herniation regions had been irradiated for 20 min from 5 cm. distance (energy density: 3.7 J/cm²). Depending on the sign and the symptom the patients had been treated as follows: One of them 20 seances, 5 of them 15 seances, 4 of them 10 seances. The first 5 seances had been applied each consecutive days, the other seances 2 or 3 times a week. The sign and symptoms of all the patients had been disappeared, except few of them had reduced hypesthesia and atrophie and these signs had disappeared after 5 and 6 weeks completely.

Besides the antienflamatuar, analgesic, enhanced regeneratif processes, the low level laser therapy had shown no side effect and its application is very easy and non-invasive. Due to all the mentioned advantages, further controlled studies must take place in the academical studies.

Key word: lumbar herniated disc, lumbar CT, low level laser

**OTOBÜS VE KAMYON ŞÖFÖRLERİNİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ
BİLGİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI**

Vesile SENOL*, Doç. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

*Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

**Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Otobüs ve kamyon şöförlerinin ilk yardım konusundaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada 36 otobüs ve 48 kamyon şöförü olmak üzere 84 şöföre anket uygulanmıştır. Araştırma grubuna alınan şöförlerin büyük çoğunluğunun suni solunum uygulama, kapalı kalp masajı uygulama, kırıklar, kanama, delici karın yaralanmaları, yanma ve donma gibi durumlarda ne yapacaklarını yeterince bilmedikleri saptanmıştır. Çalışma süresi 10 yıldan daha az olanların ilk yardım konusundaki bilgileri meslekte 10 yıldan uzun süredir çalışanlara göre daha yüksektir. Şöförlerin %70.0'i ilk yardım eğitimi almadan ehliyet almıştır. Araçların %90.5'inde ilk yardım çantası bulunmaktadır. Şöförlerin %8.3'ü ilk yardım konusundaki bilgilerinin yeterli olduğunu, %40.5'i kısmen yeterli ve %51.2'si ise yetersiz olduğunu inanmaktadır. Şöförlerin %64.3'ü ilk yardım konusunda yapılacak olan eğitime katılmak istemektedirler.

SUMMARY**THE KNOWLEDGE ATTITUDE AND BEHAVIOUR OF BUS AND LORRY DRIVERS
ON FIRST AID**

This study has been carried out to evaluate the knowledge attitude and behaviour of bus and lorry drivers on first aid. Questionnaire was given to 84 drivers (36 bus drivers, 48 lorry drivers). It has been found out that the great majority of the study group didn't know what to do in cases of respiration difficulty, bleeding, penetrating abdominal injuries, fractures, burns and freezing. The knowledge of the drivers who have been working for 10 years and below was found higher than the drivers who have been working 10 years and over. 70.0% of the drivers had a drivers license without training on the first aid. It was found that 90.5% of the vehicles had a first aid bag. Among the drivers in the study group, 8.3% believed that their knowledge on first aid was sufficient, 40.5% of them believed that didn't have enough knowledge, 51.1% of them believed that their knowledge was insufficient. 64.3% of the drivers were volunteers to join training programme on first aid.

**TOPLUMUN OTOPSİ İLE İLGİLİ
BİLGİ ve DAVRANIŞININ ARAŞTIRILMASI**

Nurhan İNCE*, Yıldız TÜMERDEM**, Haluk İNCE***, Şebnem Korur FİNCANCI****

*Uzm. Dr. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

***Uzm. Dr. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

****Prof. Dr. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma da kişilerin otopsi konusundaki tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla uygulanan anket sonuçları değerlendirilmiştir.

Anket İstanbul'un çeşitli semtlerinde rastgele seçilen 342 kişiye uygulandı. %76.9 (n:263) kişi otopsinin gerekli olduğunu ifade etti.

Otopsinin yapılma oranı yeni hastalıkların tanınması, tanımlanması ve ölüm öncesi konulan tanının kontrol edilmesi sağlar. Otopsi tıpta araştırma ve eğitim dallarında sağlık kalitesini kontrol eden bir değerdir.

ABSTRACT**KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF THE SOCIETY
CONCERNING AUTOPSY**

In the present study the results of an inquiring carried out to determine the lay perception of autopsy are evaluated. The inquiring was performed in 342 subject randomly selected in various districts of İstanbul. %76.9 (n:263) of the individuals that autopsy is necessary. Benefit of higher autopsy rates have been well described and include the following; discovery and description of new disease; confirmation of ante mortal diagnosis and finally enhanced research opportunities particularly in the area of epidemiology.

The autopsy has historically served as a critical research and teaching tool in medicine as well as means to ensure control over the quality of health care.

**BİR MOLA YERİNDE MOLA VEREN KAMYON/TIR ŞÖFÖRLERİNİN ÇALIŞMA DÜZENİ ve
KAZA KONUSUNDA YAKLAŞIMLARI**

Dr. Berrin SERDAR, Dr. Songül VAİZOĞLU, Doç. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU, İnt. Dr. Abdülhalik BAZAZ, İnt. Dr. Genk ÇAYCI,
İnt. Dr. Necmi MASARİFOĞLU, İnt. Dr. Tamer BAHAR, Prof. Dr. Çağatay GÜLER

ÖZET

Bu çalışma Nisan 1997'de Polatlı'da bir dinlenme tesisinde 24 saat içinde yapılmış bir pilot çalışmadır. 24 saatlik süre içinde toplam 66 şöförle görüşme yapılmıştır. Araştırma grubunun %40.3'ü 35-44 yaş grubundadır. %75.8'i evlidir. %53'ü ilkokul mezunu. %37.8'i ortaokul mezunudur. Yüksek okul mezunu yoktur. %59'unun sağlık güvencesi yoktur. Kamyon şöförlerinin %66.6'sı kendi aracını kullanmakta ve bunların da %61.4'ünün borcu bulunmaktadır.

**EGE ÜNİVERSİTESİ GÜMÜLDÜR KAMPINDA
AKUT GASTROENTERİT VAKALARI ARAŞTIRMA RAPORU**

Dr. Hilal BATI*, Cihangir SOYGÜL**

*EÜ Halk Sağlığı AD Doktora Öğrencisi, EÜ SKS Daire Başkanlığı Hekimi
**EÜ SKS Daire Başkanı

ÖZET

4-12.9.1997 tarihleri arasında, EÜ Gümüldür Kampı'nda Akut Gastroenterit olguları görülmesi nedeniyle epidemiyolojik araştırma yapılarak kaynak saptanmaya çalışıldı: kampta 17'sinde belirgin hastalık olan 60 kişi bulunuyordu. Olgular değerlendirildi; mutfak denetimi, su incelemeleri ve mutfak çalışanlarının portörük muayeneleri yapıldı. Dışkılarında Shigella üreyen iki olgu klinik tanıyı destekledi. Gerekli önlemler alındı.

SUMMARY

Due to the occurrence of Acut Gastroenteritis incidents between 4.9.1997-12.9.1997 at EÜ Gümüldür Camp, the source was tried to be determined by doing epidemiological research. In the camp there were 60 people, 17 of whom definitely had the illness. Cases were evaluated: kitchen controls and water analysis were performed, the kitchen staff were examined to understand whether they are carriers. Two cases whose faeces had Shigella supported the clinical diagnosis. Necessary precautions were taken.

**ANKARA GÖLBAŞI BÖLGESİNDE YAŞAYANLARIN
KAZA DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Öğ. Gör. Dr. I. MARAL, Prof. Dr. M.A. BUMİN

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Gölbaşı Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı (EASGB) Bölgesi'nde yaşayanların, kaza çeşit ve sıklığının, kaza geçirenlerle ilişkin bazı özellikler ile gerçekleşmiş kazaların sonuçlarının belirlenmesi amacı ile bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışma Ocak-Şubat-Mart 1996 aylarındaki kaza durumunu saptamak amacıyla Nisan 1996 tarihinde gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır.

Örneklem Gölbaşı EASGB Bölgesindeki 8 ev halkı tespit fişinden 1'inin seçilmesi ile oluşturulmuş, 994 haneceki en az bir kişiyle yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır. Sonuçta 4096 kişinin kaza durumu incelenmiştir. Kaza geçiren kişi sayısı 100, toplam kaza sayısı 104 olarak saptanmıştır. Kazalardan %51.9'u ev, %25.0. %1 diğer (okulda veya okul bahçesinde, futbol veya basketbol sahasında, oyun bahçesinde, bağ-bahçede), %12.5'i trafik ve %10.6'sı iş kazasıdır. Kazaların tümü öğle saatlerinde pik yapmaktadır. İç aylık dönemdeki kaza hızı erkeklerde %2.7, kadınlarda %2.2, bütün toplum için %2.4 bulunmuştur. Kaza görülme durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$). Kaza hızı 0-4 yaş grubunda %5.4 ile en yüksek, 55-64 yaş grubunda %1.3 ile en düşük düzeydedir. Kaza geçirenlerin yaş ortalaması 23.9 ± 1.7 , geçirmeyenlerin 27.9 ± 0.3 olarak saptanmış, iki grubun yaş ortalamaları arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kentsel bölgede yaşayanlar kırsal bölgedekilere göre daha yüksek kaza hızına sahiptir. Kazalara bağlı yaralanmalar sonucu en çok yaralanan vücut bölgesi ekstremitelerdir. Kaza geçirenlerden %62.4'ü yaralanmayı takiben hiçbir sağlık kurumuna baş vurmamıştır. Yaralanmaların %67.7'si tam iyileşme ile sonuçlanırken, %2.2'si sakatlanma ile sonuçlanmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarından yararlanılarak, araştırma bölgesi için öncelikli olan kaza çeşidi ve risk gruplarına göre kaza önleme programlarının geliştirilmesi önerilmiştir.

SUMMARY

In this study, on people living in Gölbaşı Education and Research Health District (ERHD), determination of the frequency and the causes of the accidents, the characteristics of the victims of the accidents and the consequences of the previously occurred accidents are aimed. It is a cross-sectional study which was carried out in April 1996 to bring out the accidental events occurred in 3-month-period between 1 January-31 March 1996.

The sampling was made up by selecting one household record out of eight records. A total of 4096 persons in 994 domicile interviewed and were applied a questionnaire. The number of the victims was found out to be 100 and total accident number was 104. Of these accidents, 12.5 percent was traffic accidents, 10.6 percent was industrial accidents, 51.9 percent was home injuries and 25.0 was other accidents occurred at school, football or basketball stadiums, park and gardens.

All types of the accidents peak at noon-time. The rate of the accidents in 3-month-period was found to be 2.7, 2.2 and 2.4 percent for men, women and the population respectively. There was no statistical significant difference between sexes as for meeting with an accidents ($p>0.05$). The rate was highest (5.4 percent) for 0-4 age-group and lowest (1.3 percent) for 55-64 age group. The mean age was found 23.9 ± 1.7 for persons met with an accident and 27.9 ± 0.3 for persons never had an accident with statistically significant difference ($p<0.05$). Urban society had higher rate of accident the compared with rural society. The extremities were mostly injured parts of the body caused by the accidents. 62.4 percent of the injuries had eventuated in complete recovery but disability had remained in 2.2 percent. Benefited by the results of this study, the types of the accidents and risk groups which will be given priority should be brought out and a programme for prevention from the accidents should be developed.

**ADANA İLİ, CEYHAN İLÇESİ, KIZILDERE KÖYÜ'NDE
ÜRİNER PATOLOJİ EPİDEMİYOLOJİSİ**

Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ¹, Doç. Dr. Elçin YOLDAŞCAN¹, Dr. Talat BAHÇEBAŞI², Prof. Dr. Muhsin AKBABA¹,
Dr. Saadet YENER²

¹Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, ADANA

²Adana İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Bu çalışma insanlar arasında ayırım yapmaksızın yenidoğan, genç, yaşlı; kısıacası herkeste ve her yaşta rastlanabilen üriner patolojilerin Adana ili, Ceyhan ilçesi, Kızılderere Köyü'ndeki birinci basamak hekimliği düzeyinde saptanabilecek epidemiyolojik özelliklerini belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışmada köyde yaşayanların tespiti ile sosyo-ekonomik ve yaşamsal özelliklerin saptanması amacıyla hane anketleri dolduruldu. Bunu takiben yapılan kişisel anket çalışmasında ise kişilerin demografik özellikleri, alışkanlıkları ve tıbbi anamnezleri, fizik muayene bulguları saptanıp bireysel olarak idrar analizi yapıldı. Kızılderere Köyü nüfusunun tipik kırsal kesim özelliklerine sahip oldukları görüldü: sosyo-ekonomik seviye düşük, cins ayrımı olmaksızın genç bir nüfus, akrabalık ilişkisi fazla, erkekler kadınlardan daha eğitilmiş, temel meslek çiftçilik idi. Sağlık alt ve üst yapısı kurulmamıştı. Çalışmaya 6 yaş ve üstü 1090 kişiden 937 kişi katılarak %86.0'lık bir katılma hızı elde edildi. Üriner patolojiler (ÜP); üriner enfeksiyon hastalığı (İEH), üriner taş hastalığı (ÜTH) ve üriner enfeksiyonla beraber taş hastalığı (ÜETH) olarak 3 grupta toplandı. Kızılderere Köyü'nde ÜP prevalansının %38.7 ile Türkiye değerlerinin üzerinde olduğu saptandı. ÜP tanısı alan 363 kişiden 146 (%40.2)'si İEH, 95 (%26.2)'si ÜTH, 122 (%33.6)'sı ise ÜETH tanısı aldı. ÜP'in cinsiyet ile ilişkisinin olmadığı (p=0.18), %47.1 ile çoğunluğunun 20 yaş altı yaş grubunda toplandığı (p<0.001) görüldü. ÜP'in çoğunluğu bekar grupta (%45.4) (p<0.001) ve birinci dereceden akrabalık ilişkisi bildirenlerde (%51.3) (p<0.001) saptandı. ÜP eğitimi düzeyi arttıkça azalmaktaydı; erkeklerde en çok diplomalı eğitimi olmayan grupta (%78.6) (p<0.001) ve kadınlarda en az ilköğretim mezunu grupta (%27.1) (p<0.001) görülmekteydi. Sıvı tüketimi az olan ve fiziksel aktivitesi yüksek olan grupta (erkeklerde %79.2, kadınlarda %64.5) ÜP daha fazla görülmekteydi (p<0.001).

Akrabalık ilişkisi enfeksiyonlar dışında belirleyici neden olması nedeniyle önlenmeli, eğitime önem verilerek kişilerin sağlık özbakıları artırılmalı, sıcak iklimlerde bol sıvı tüketimi öğütülmeli ve akrabalarında ÜP olanlara, şikayeti olmasa bile hekim kontrolünden geçmeleri önerilmelidir.

SUMMARY

**THE EPIDEMIOLOGY OF URINARY PATHOLOGIES
IN KIZILDERE VILLAGE OF CEYHAN DISTRICT OF ADANA PROVINCE, TURKEY**

Hakan DEMİRHİNDİ, MD, PhD.¹, Assoc. Prof. Elçin YOLDAŞCAN, MD¹, Talat BAHÇEBAŞI, MD², Prof. Muhsin AKBABA, MD¹,
Saadet YENER, MD²

¹Çukurova University, Medical Faculty, Public Health Department

²Adana Provincial Health Directorate

Urinary pathologies (UPs) affect all age and sex groups without any differentiation. It was aimed to determine the epidemiological characteristics of UPs, that can be detected by Primary Health Care level possibilities, at Kızılderere Village of Ceyhan District in Adana Province, Turkey. A household questionnaire was filled out to determine the population distribution, socio-economic and vital status of the village inhabitants, followed by a personal questionnaire determining the demographical data, personal habits, medical history and physical findings of the participants who, also, underwent a complete urinalysis. Kızılderere Village had a typical rural characteristic, with a low socio-economic status, a young population with equal sex distribution and a high rate of family relationship, with a higher degree of education for men than women and agriculture as the predominant occupation. The sub- and supra-structure of health was completely missing. A participation rate of 86.0% was achieved in this study comprising 937 of 1090 people aged 6 years old and older. The UPs were examined in three groups as urinary infections (UI), urinary lithiasis (UL) and urinary infections superimposed to urinary lithiasis (UIL). The UPs prevalence was found to be 38.7% at the village, being higher than values of Turkey. Among 363 persons with UPs 146 (40.2%) had diagnosis of UI, 95 (26.2%) of UL and 122 (33.6%) of UIL. The UPs were equally observed in both sexes (p=0.18), but more frequently among people younger than 20 years of age (47.1%) (p<0.001), among singles (45.4%) (p<0.001), in presence of family relationship (51.3%) (p<0.001), among people with low level of education, being observed more frequently among males with no diploma of education (78.6% and p<0.001) and with the lowest frequently in women with diploma of primary school (27.1% and p<0.001). The UPs were more frequently diagnosed among people with low water intake and with high level of activity (p<0.001), comprising 79.2% and 64.5% of males and females, respectively.

The education for health is the main target of all efforts to prevent UPs, in addition to discourage marriages between family members, to promote high water intake and to suggest medical control to those with a family member with any of the UPs.

**PINARBAŞI SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURANLARIN
İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ**

Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU, Dr. Gül KİTAPÇIOĞLU

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD 35100 Bornova/İzmir

ÖZET

Nisan 1997 ayı boyunca Pınarbaşı Sağlık Ocağına başvuran 15 yaş üzeri erişkin kişiler çalışma kapsamına alınmıştır. Toplam 317 kişi ile yüz yüze görüşülmüş ve kendilerine anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin %59.6'sı kadın, %40.4'ü erkektir. %41.6'sı son iki hafta içinde en az bir ilaç kullanmıştır. Evlilerin, kadınların daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır. Reçetesiz ilaç kullanım %35.52'dir. En fazla kullanılan ilaçlar sırasıyla analjzikler, antibiyotikler ve sakinleştirici ajanlardır. İlaç kullanımı 40 yaş üzerinde 4.8 kat artmaktadır.

SUMMARY**THE DRUG-USE BEHAVIORS OF THE PATIENTS WHO ARE UNDER MEDICAL CARE
IN THE POLICLINICS OF "PINARBAŞI"**

The adult patient, above 15 years who treated in the policlinics of "Pınarbaşı", were included in this study. 317 patients were asked personally, 59.65% of them were housewives, 40.4% men. It has been established 41.6% of all the patient have used at least one drug in last two weeks: the women and married patients were oftener "drug users", 35.52% of the patients take drugs without prescription. The most used are analgetics, antibiotics and sedatives. The patients above 40 years use 4.8 times more drugs.

**1986-1995 YILLARI ARASINDA TÜRKİYE'DE OLUŞAN TRAFİK KAZALARININ
ZAMAN SERİSİ ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ferruh AYOĞLU*, **, Doç. Dr. Sefer AYCAN*, Prof. Dr. M. Ali BUMİN*, **

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Gazi Üniversitesi Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, 1986-1995 yılları arasında oluşan trafik kazalarına ait verilerin zaman serisi analiz yöntemlerinden biri olan lineer regresyon yöntemi ile değerlendirilerek, trafik kazalarına ait bazı özelliklerin genel eğilimlerinin yorumlanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 1986-1995 yılları arasında oluşan trafik kazalarına ait veriler TC İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü ve TC Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan yıllıklardan toplanarak SPSS for Windows 6.0 paket programında lineer regresyon yöntemi kullanılarak değerlendirildi ve doğrularda gözlenen yükselme ve alçalmaların karşılaştırılmasında doğrulara ait ivmelerden yararlanıldı.

Bulgular: Trafik kazalarının artmasına karşılık 1000 kazaya düşen ölüm ve yaralanma sayıları azalmaktadır. 10 yıllık süre içinde trafik kazalarının sayısı %201.9, bu kazalardaki yaralanmalar %60.4 artmış, ölümler ise %17.9 azalmıştır. Aynı süreçte 1000 kazaya düşen ölüm sayısı %72.8, yaralanma sayısı %46.9 azalmıştır. Ülkemizin sahip olduğu karayolu uzunluğu artmakla birlikte motorlu taşıt sayısı ve nüfus da artmakta ve karayollarımız giderek kalabalıklaşmaktadır.

Sonuç: Elde edilen veriler değerlendirildiğinde karayolu uzunluğumuzdaki artışın artan nüfusu ve motorlu taşıt sayısını karşılamadığını, karayollarındaki kalabalıklaşmanın sürekli bir biçimde arttığını göstermektedir. Karayollarımızın nitelik ve nicelik olarak gereksinimleri karşılayabilecek duruma getirilmesi, trafik kazalarını ve kazaların olumsuz sonuçlarını azaltarak yaşam kalitesine olumlu etki yapacaktır.

SUMMARY

Aim: The aim of this study is interpreting the general tendencies of some variables of traffic accidents which occurred between 1986 and 1995.

Methods: All datas were collected from statistics annuals of Highway General Directory and Ministry of Interior and variables were analyzed with linear regression in SPSS for Windows 6.0 programme.

Findings: While the number of traffic accidents was increasing, the death and injured numbers per 1000 traffic accidents were decreasing. Increasing ratios were 201.9% for number of traffic accidents, 18.9% for distance of highway network and 140.2% for number of motor vehicles. Decreasing ratios were 17.9% for number of death, 72.8% for injured per 1000 traffic accidents and 46.9% for death per 1000 traffic accidents.

Results: Increasing rate of highway distance is bigger than increasing rate of motor vehicle's number. Up to this time, development in the highway network does not respond increased requirement.

**ADANA İLİNDE ACİL YARDIM VE KURTARMA HİZMETLERİNİN
1997 YILINDAKİ FAALİYETLERİ**

Dr. Talat BAHÇEBAŞI¹, Dr. Turgut ARPACI¹, Bil. Uz. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ¹, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE², Dr. Yalçın ERTAŞ¹,
Prof. Dr. Muhsin AKBABA³

¹Adana İl Sağlık Müdürlüğü

²Sağlık Bakanlığı, Ankara

³Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Adana

ÖZET

Adana ilinde kaza, acil hasta veya olağanüstü durumlarda olay mahallinde kurtarma, acil yardım ve hasta transportunu amaçlayan acil yardım ve kurtarma hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin görevi olarak yasalarda tanımlansada çeşitli nedenlerle yeterince sunulmamıştır. Acil yardım ve kurtarma hizmetleri Adana acil hizmetler programı dahilinde öncelikli olarak geliştirilmiştir.

Adana il merkezinde 1997 yılında yapılan çalışmalarda: bir komuta kontrol merkezi oluşturulmuş buna bağlı olarak, acil yardım istasyonları kentin nüfus yoğunluğu, acil ünitelere uzaklığı, trafik akışı dikkate alınarak; 8 noktada oluşturulmuş, bu istasyonların fizik yapısı iyileştirilmiştir. Bu istasyonlara standart donanımlı birer ambulans sağlanmıştır. Sistemde görevlendirilen 117 personele (Doktor, hemşire, sağlık memuru, şoför) eğitim verilmiştir. Haberleşme sistemi; 112 numaralı telefon (5 hat) ve telsiz sisteminin kurulması sağlanmıştır.

Komuta kontrol merkezine 1997 yılı içerisinde 5341 olay bildirimi yapılmış bu olaylarda 4534 kişiye olay mahallinde müdahale yapılarak hastaneye transportu, 1007 adet vaka da hastaneler arası transport olmak üzere toplam 5541 kişi acil sağlık hizmetinden yararlanmış. Müdahale edilen vakaların %16.02'si trafik kazaları, %9.7'si kardio vasküler sistem hastalıkları, %18.17'si hastaneler arası transport olduğu gözlenmiştir. Bu vakalara ulaşma süresi ortalama 5.01 dakikadır. Hastane acil servislerine yapılan başvuruların %1.5'ine bu sistemle müdahale edildi. Sistemin personeli ve demirbaş dışındaki en büyük sarfiyat kalemi akaryakıt olduğu ve 149.710 Km. yol katedilip, 3.229.926.000 TL. harcanmıştır.

Adana il merkezinde yürütülen bu çalışmaların yanı sıra Kozan ve Ceyhan ilçelerinde de sistemin kurulma çalışmaları devam etmektedir.

Adana ilinde ve ilçelerinde yürütülen Acil Yardım ve Kurtarma hizmetlerinin geliştirilmesi, finans sağlanması, personele sürekli hizmetçi eğitim, halkın sistemi yeterince kullanımı için bilgilendirilmesi, acil Hizmetlerin diğer birimleri ile koordine edilmesi sağlanmalıdır.

SUMMARY

**THE ACTIVITIES OF FIRST AID AND RESCUE SERVICES
IN ADANA PROVINCE IN 1997**

Talat BAHÇEBAŞI, MD¹, Turgut ARPACI, MD¹, Hakan DEMİRHİNDİ, MD, PhD¹, M. Rifat KÖSE, MD², Yalçın ERTAŞ, MD¹,
Professor Muhsin AKBABA, MD³

¹Adana Provincial Health Directorate

²Health Ministry, Ankara

³Çukurova University, Medical Faculty, Public Health Department, Adana

Although first aid and rescue services (FARSS) in Adana Province aiming rescue, first aid in location and patient transport in cases of accident, emergency patient cases or extraordinary situations have been assigned by law as obligation of the Health Ministry and the Municipalities have not been properly provided. Hence FARSS have been given priority in the context of urgent services in Adana.

In 1997 a command and control center was established to conduct 8 first aid stations located in different locations of the city, according to population density, the distance to emergency care units or traffic currents. The physical structure of these stations have been improved. An ambulance with standard equipment has been provided for these stations. A total of 117 staff (physician, nurse, health servants, driver) have been educated. A communication system consisting of 112-emergency-phone-service (with 5 lines) and a wireless communication system have been established.

In 1997 5341 cases have been reported to the command and control center, 4534 persons have been cared in place of accident and transported to the hospital, 1007 persons have been undergone to inter-hospital transportation, with a total of 5541 of ESSs. The distribution of cases has been as follows: 16.02% for traffic accidents, 9.7% for cardio-vascular-system diseases, 18.17% for inter-hospital transportation. The mean time to reach the accident location has been calculated as 5.01 minutes. Among cases treated at hospital emergency units 1.5% have been provided by these ESSs. The predominant expense for the system, except for staff or movable-property has been fuel-oil, consisting a cost of 3.229.926.000 TL for a road covered of 149.710 kms.

In addition to Adana city, the establishment of the system in Kozan and Ceyhan districts has been started.

It is necessary to improve FARSS in Adana city and districts, to supply financial support, to perform continuous on-duty-education of the staff, the acknowledgement of the community for the use of the system and to coordinate the system with other units of ESSs.

**6-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA İYOT YETERSİZLİĞİ ve
İYOTLU TUZ KULLANMA DURUMU**

Dr. Handan TOPÇUOĞLU*, Dr. Dilek HAZNEDAROĞLU**, Dyt. Dr. Nurten BUDAK, Uz. Dr. M. Rifat KÖSE***

*Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Şube Müdürü

**Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Daire Başkanı

***Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü

ÖZET

Ülkemizde beslenme ile ilgili veriler incelendiğinde yetersiz ve dengesiz beslenmeye ilişkin sorunlar olduğu görülmektedir. İyot yetersizliği bu sorunun en önemli nedenlerinden biridir. Bu sorunun boyutlarının belirlenmesi strateji ve program geliştirme açısından önem taşımaktadır.

SUMMARY

There is a problem of insufficient and unbalanced nutrition according to data related with nutrition in Turkey. Iodine deficiency is one of the most important reasons of this problem. To define magnitude of the problem is very important to develop strategy and programme.

**MANİSA İSMAİL CİDER HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN
SOSYODEMOGRAFIK, SAĞLIK, DEMANS ve DEPRESYON DURUMLARI**

Dr. Ece Kestelli MAMUREKLİ, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Program Öğrencisi
Dr. Gönül DİNÇ, Yrd. Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Dr. Cemil ÖZCAN, Prof. Dr. Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Kesitsel tipteki araştırma, Manisa İsmail Cider Huzurevinde uygulanmıştır. Araştırma grubunu 56 kişi oluşturmakta olup, 6 kişi araştırma kapsamına alınmamıştır. Anket formu, sosyal, demografik, sağlık sorunlarına saptamaya yönelik sorular ile demans (Kısa kognitif muayene çizelgesi) ve depresyon (Yasavage'nin 30 soruluk yaşlılar için depresyon ölçeği) durumlarını saptamaya yönelik ölçekleri içermektedir. Anketler kişilerle yüzyüze görüşme şeklinde uygulanmıştır. Kişilerin %68.0'i erkek, %32.0'si kadın olup, yaş ortalaması ve standart sapması 72.6±9.8'dir. Yaşlıların üçte ikisi aktif hareket gerektiren ev işlerinde yardıma gereksinim duymaktadırlar. Huzurevinde periyodik muayene yapılmamakta olup, yaşlıların %70.0'ine takibi gereken kronik hastalıkları olduğu için izlemler yapılmaktadır. Kişilerin %80.0'inde en az bir kronik hastalık vardır. Ortalama kronik hastalık sayısı ve standart sapması 2.7±1.0 ortancası 2.0'dir. Yaşlılarda görülen kronik hastalıkların başında hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelmektedir. Yaşlıların %40.0'ında demans saptanmış olup, demansı olmayanların %36.7'sinde depresyon saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Huzurevi, kronik hastalık, demans, depresyon.

SUMMARY

**SOCIODEMOGRAPHIC, HEALTH, DEMANTIA AND DEPRESSION STATUS OF AGED PEOPLE, LIVING IN MANISA ISMAIL CIDER
OLD AGE ASYLUM**

Cross-sectional study was carried out in Manisa İsmail Cem Cider Asylum. The Study population was composed of 56 aged subjects of which 6 were excluded for some reasons. In addition to the questions related with social, demographic and health problems, the scales on assessing demantia (short cognitive examination scale) and depression (Yasavage's 30 item depression scale for aged people) were included in the questionnaire. Those questionnaires were performed with face to face interview.

68.0% of the subjects were male, while 32.0% were female. The mean and standart deviation of the subjects' age were 72.6 and 9.8 respectively. Two third of the subjects have need for doing active house works. Periodic examination wasn't carried out while 70.0% of subjects has been followed for their chronic diseases. 80.0% of the subjects have had at least one chronic disease. The mean and standart deviation of the number of chronic diseases were 2.7 and 1.0 while median was 2.0 Hypertansion and chronic obstructive lung disease were the most frequent chronic disceases. It was obtained that 40.0% of the subjects have had demantia. Of those not having demantia, 36.7% of the people were detected having depression.

Key Words: Old Age Asylum, chronic disease, demantia, depression.

